Deutscher Bundestag **Drucksache 14/8822**
14. Wahlperiode 18. 04. 2002

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

und

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 17. April 2002 gemäß Beschluss vom 24. Juni 1994 zu Nummer II der Beschlussempfehlung auf Drucksache12/7992.

Seite

Seite

Seite

Seite

Seite

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Abbildungen

Übersichten

I Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“

A. Einleitung

Der am 15. Januar 2002 der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Dr. Christine Bergmann übergebene Vierte Altenbericht bereichert die vergleichsweise junge Tradition der Altenberichterstattung um einen weiteren Spezialbericht. Der Erste Altenbericht wurde im Jahr 1993 präsentiert und lieferte erstmals eine umfassende und differenzierte Analyse der Lebenssituation älterer Menschen. Der 1998 vorgelegte Zweite Altenbericht behandelt das Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“. Mit dem Dritten Altenbericht wurde im Jahr 2001 erneut ein Gesamtbericht zur Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt – mit der ergänzenden Stellungnahme der Bundesregierung zugleich eine Bilanz der Altenpolitik und ihrer Perspektiven im soeben begonnenen 21. Jahrhundert.

Nur eine Woche nach Übergabe des Dritten Altenberichts an Frau Bundesministerin Dr. Bergmann trat die von ihr berufene unabhängige Sachverständigenkommission zur Erstellung des Vierten Altenberichts am 28. Juni 2000 zur konstituierenden Sitzung zusammen. Diese ungewöhnliche Situation, dass in einer Legislaturperiode zwei Berichte, ein Gesamt- und ein Spezialbericht, zu erarbeiten waren, geht auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages vom 24. Juni 1994 (Drucksache 12/7992) zurück. Dieser hatte im Zusammenhang mit der Debatte um den Ersten Altenbericht der Bundesregierung für das Jahr 2000 die Vorlage eines weiteren umfassenden Berichts gefordert sowie für jede Legislaturperiode einen Bericht zu einem seniorenpolitischen Schwerpunktthema.

Der interdisziplinär zusammengesetzten Altenberichtskommission unter Leitung von Herrn Professor Siegfried Kanowski stand somit das knappe Zeitkontingent von nur anderthalb Jahren zur Berichtserstellung zur Verfügung. Umso bemerkenswerter ist die sorgfältig recherchierte und außerordentlich fundierte Darlegung zur Lebenssituation hochaltriger Menschen, die auf umfassende Weise aktuelle Forschungsergebnisse einbezieht und aufbereitet.

Fokussiert werden Lebensbedingungen und Bedürfnisse einer in Zukunft rasch weiter wachsenden Gruppe alter Menschen, nämlich der über 80-jährigen. Das unterscheidet diesen Spezialbericht in seiner Anlage vom Spezialbericht „Wohnen im Alter“, der sich auf einen thematischen Ausschnitt der Lebensverhältnisse im Alter beschränken konnte. So gerät der Vierte Altenbericht bei aller Spezialität doch letztlich zu einer umfassenden Analyse einer Bevölkerungsgruppe, über die bisher noch nicht genügend gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

Mit der Verabschiedung des Ersten Altenberichts war die Bundesregierung explizit aufgefordert worden, den Abbau von Defiziten bzw. notwendige Verbesserungen in den Bereichen „Gesundheit im Alter“ und „Wohnen im Alter“ als Schwerpunktthemen künftiger Altenpolitik aufzugreifen. Deshalb widmete sich der Zweite Altenbericht schwerpunktmäßig dem Thema „Wohnen im Alter“. Nachdem der Dritte Altenbericht als Gesamtbericht naturgemäß nur allgemeinere Aussagen zum Thema Gesundheit machen konnte, ist es nun dem Vierten Altenbericht vorbehalten, sich mit den Auswirkungen von Hochaltrigkeit und Demenz grundlegend zu befassen und darauf hinzuwirken,

– dass die noch im Ersten und Dritten Altenbericht aufgezeigten Defizite weiter abgebaut werden,
– dass die Wahrnehmung für besondere Problembereiche weiterentwickelt wird und sich die öffentliche Diskussion auch mit den daraus erwachsenden Erfordernissen auseinander setzt,
– dass gezielte Anregungen für realitätsnahe Lösungsansätze und umsetzbare Konzepte entstehen.

Von grundlegender Bedeutung ist es, dass insbesondere die Demenzproblematik nicht vordergründig als Aufgabe der Medizin gesehen wird, sondern ergänzend die sozialen Auswirkungen und Anforderungen an die Gesellschaft in den Blick genommen werden.

Der Kommission ist es gelungen, zu einem bisher wenig aufbereiteten Thema substanzielle Erkenntnisse zusammenzutragen, die den Blick für Besonderheiten der Hochaltrigkeit, für Defizite und für Handlungserfordernisse schärfen.

Die Bundesregierung begrüßt das von der Kommission vermittelte realistische Bild des hohen Alters als hilfreiche Basis für die Weiterentwicklung und zukünftige Gestaltung der Altenpolitik. Die mit Hochaltrigkeit verbundenen Risiken und Gefährdungen dürfen nicht unterschätzt werden. Gleichzeitig sind aber die auch dieser Lebensphase innewohnenden Potenziale aufzuzeigen, an denen sich geeignete Interventionsmaßnahmen orientieren müssen, wenn sie effektiv sein sollen.

Ausdrücklich unterstützt die Bundesregierung das zentrale Anliegen des Vierten Altenberichts: Menschen in hohem Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Würde zu gewährleisten und zugleich Unsicherheit und Vorbehalten der Gesellschaft gegenüber hochaltrigen Menschen zu begegnen. Ein wesentlicher Befund des Berichts ist die von der Sachverständigenkommission getroffene Feststellung, dass sich die rasch anwachsende Gruppe der Hochaltrigen weder als positive Selektion der Rüstigen noch als schwer Pflegebedürftige beschreiben lässt, dass vielmehr die individuellen Unterschiede mit dem Alter weiter zunehmen.

Das spricht dafür, dass die Bundesregierung auf dem richtigen Weg ist, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzen will, die sich eng an den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten Menschen orientieren. Die

vielfältigen Ressourcen, aus denen Hochaltrige schöpfen können, müssen nach Kräften gestärkt werden, um Lebensqualität zu sichern.

Eine besondere Problemlage entsteht durch Demenzerkrankungen im Alter. Viele Fragen sind hier noch offen, die verstärkte Anstrengungen der Forschung erfordern. Mit den von der Bundesregierung ins Leben gerufenen Förderprogrammen sind hier wichtige Schritte eingeleitet worden.

Zentrale Empfehlungen wie eine integrierte und bürgernahe Beratung, für die bei Bedarf auch die Häuslichkeit Hilfebedürftiger keine unüberwindbare Barriere ist, eine weiterentwickelte Vernetzung von Angeboten und Akteuren, eine Abstimmung von Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung sowie die Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gehören zu den längerfristigen Aufgaben, deren sich die Bundesregierung angenommen hat.

Gesetze, die in dieser Legislaturperiode neu geschaffen oder novelliert worden sind, wie das Heimgesetz, das Pflegeleistungsergänzungsgesetz, das Qualitätssicherungsgesetz und das Neunte Sozialgesetzbuch, sind ebenso Zeugnisse dieser Bemühungen wie zentrale Modellprogramme, die auf Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Hilfe- und Pflegebedürftige abzielen.

Die Ausführungen der Kommission zur „Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen“ beinhalten wichtige Positionsbestimmungen als Grundlage politischen und gesellschaftlichen Handelns. Hiermit werden Eckpfeiler zur Orientierung bei künftigen sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen benannt, denen sich die Bundesregierung auch weiterhin ausdrücklich verpflichtet fühlt.

Die Bundesregierung dankt der Expertenkommission für ihren trotz des enormen Zeitdrucks überaus detaillierten und wissenschaftlich fundierten Bericht, der einen komprimierten Schatz an Erkenntnissen und Handlungsanregungen für alle bereithält, die in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft zum Wohl hochaltriger Menschen tätig sind.

B. Lebensumstände hochaltriger Menschen – Potenziale und Unterstützungsbedarf

1 Demografischer Wandel und Hochaltrigkeit

Die Kommission legt mit ihrem Bericht eine Bestandsaufnahme des so genannten vierten Lebensalters vor. Verbunden mit einer differenzierten Betrachtung positiver und negativer Aspekte zeichnet die Kommission ein realistisches Bild dieser Lebensphase.

Mit der Zunahme alter Menschen an der Gesamtgesellschaft ist insbesondere eine Zunahme des Anteils der Hochaltrigen verbunden. Den wenigsten ist bislang bewusst, dass diese Gruppe der Altenbevölkerung sogar überproportional zunimmt. Die Gesellschaft wird sich darauf einstellen müssen, dass es in naher Zukunft eher die Regel als die Ausnahme sein wird, dass Menschen älter als 80 Jahre werden. Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass Umstrukturierungen in Wirtschaft und Gesellschaft nicht zu umgehen sein werden, wenn sich demografische Gewichtungen so eindrucksvoll und rasch verschieben, wie es die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes nahe legt.

Der Ansicht der Kommission, dass ein solcher Prozess der Anpassung mit dem Ziel einer neuen Kultur des Alters noch Zeit benötigen dürfte, schließt sich die Bundesregierung an. Die konkrete Auseinandersetzung mit der Entwicklung zu einer radikal altersgewandelten Gesellschaft und ihren Folgen in allen Lebensbereichen bedarf jedoch der Stimulation und kontrollierter Lenkung zugleich. Es geht vor allem darum, die demografischen Veränderungen auch als Erfolg vielfältiger Forschungsbemühungen und sozialpolitischer Strategien wahrnehmbar zu machen und zu lernen, positiv damit umzugehen. Ziel muss es sein, das Phänomen der Hochaltrigkeit weder als gesellschaftliche Belastung noch als individuelle Bedrohung zu empfinden.

Eine besondere Herausforderung sieht die Bundesregierung darin, einer direkten oder indirekten Benachteiligung und Ausgrenzung Hochaltriger entschieden entgegenzuwirken. Dieses Schutzes bedürfen besonders diejenigen alten Menschen, die aufgrund physischer und psychischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten. Wege dazu können, so die Kommission, über die Integration alter und sehr alter Menschen im generationenübergreifenden Diskurs, aber auch über eine bewusste Strukturierung und Gestaltung des jeweils individuellen Lebensentwurfs bereits im mittleren Alter führen.

Die Bundesregierung setzt auf die Prinzipien von Normalität, von Integration und Partizipation sowie von Individualität und Kontinuität der Lebensführung.

Eine Grundvoraussetzung für eine zielgerichtete Altenpolitik sieht auch die Bundesregierung in der Verbreiterung der verfügbaren Datenbasis. Wie die Kommission in ihrem Bericht durchgehend feststellt, fehlt es bislang an ausreichenden und validen Kenntnissen zu Lebenslagen, zu Gesundheit, Interessen und Wünschen Hochaltriger. Im Zusammenhang mit Forschungsplanung und Forschungsförderung der Bundesregierung gilt es, hier zukünftig weitere Anstöße zu geben, um diesem besonderen Forschungsbedarf Rechnung tragen zu können.

Der von der Kommission aufgelistete Forschungsbedarf kommt dem nahe, was im Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung bereits durch eine Vielzahl von Projekten realisiert wird. Mit den Mitteln der Projektförderung etablieren vornehmlich das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung für ausgewählte Bereiche Forschungsplattformen, die exemplarisch aufzeigen, welche Expertisen, Ressourcen und Infrastruktur jeweils entwickelt, bereitgestellt und verknüpft werden müssen, um auch Probleme der hochaltri-

gen Bevölkerung erfolgreich erforschen und Ergebnisse möglichst zeitnah umsetzen zu können.

Mit den beiden institutionell geförderten Forschungseinrichtungen DZFA in Heidelberg und DZA in Berlin verfügt darüber hinaus das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über ein leistungsstarkes Potenzial für eine weitere Unterstützung solcher interdisziplinär angelegten Forschung.

In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren. Die Aussage der Kommission, dass sich die interindividuelle Varianz bis ins höchste Alter weiter fortsetzt, bestätigt, dass sich die Bundesregierung auf dem richtigen Weg befindet, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzt, welche die individuellen Bedürfnisse des Nutzers in den Mittelpunkt stellen.

Ältere und auch sehr alte Menschen verfügen über erstaunliche Kompetenzen zur Problembewältigung und vermögen mit Unterstützung durch geeignete Maßnahmen ein hohes Maß an Autonomie, an Lebensqualität und an Lebenszufriedenheit zu bewahren oder zurückzugewinnen. Geeignete Ressourcen im sachlichen und personellen Umfeld gilt es optimal zu erschließen.

2 Lebensverhältnisse hochaltriger Menschen

2.1 Wirtschaftliche Lage

Der Bericht der Sachverständigenkommission präsentiert eine umfassende Darstellung der wirtschaftlichen Situation hochaltriger Menschen. Hierzu trägt vor allem die Tatsache bei, dass eine Vielzahl aktueller Studien zu diesem Thema berücksichtigt werden.

Die Bundesregierung begrüßt die differenzierte Darstellung des Phänomens der „Altersarmut“, das in der öffentlichen Diskussion – vor allem bezogen auf die Gruppe der Hochaltrigen – vielfach überschätzt wird. Es wird herausgearbeitet, dass unter den hochaltrigen Menschen nur ein sehr geringer Prozentsatz Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht. Auch das Phänomen der „verdeckten Armut“ betrifft eher jüngere als ältere Menschen. Diese Ergebnisse decken sich mit denen der Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland 99“ und denen des Alterssicherungsberichts 2001. Positiv erwähnt der Altenbericht, dass die Bundesregierung im Rahmen der Rentenreform 2001 eine Grundsicherung auf Sozialhilfeniveau ohne Rückgriffsmöglichkeit auf die Kinder eingeführt hat, umso auch den Fällen „verschämter Armut“ wirksam begegnen zu können.

2.2 Wohnverhältnisse

Der Vierte Altenbericht weist zu Recht auf die hohe Bedeutung der Wohnungs- und Wohnumfeldgestaltung für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung im Alter hin. Ausgehend von dem Leitbild, Menschen im hohen Lebensalter als handelnde Subjekte eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu achten, fordert die Kommission eine den individuellen Bedürfnissen angepasste Gestaltung und Ausstattung von Wohnung und örtlicher Lebensumwelt.

Die Kommission bestätigt insoweit die Ausführungen des Dritten und besonders die des Zweiten Altenberichts, der das Wohnen im Alter als Schwerpunktthema behandelt hatte, auch und gerade für die Gruppe der Hochaltrigen. Sie verweist darauf, dass die Bedeutung der Wohnverhältnisse als handlungsrelevante Ressource für eine möglichst eigenständige Lebensführung mit zunehmendem Alter noch wächst, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen den räumlichen Aktionsradius und die Handlungsmöglichkeiten einschränken. Bei an Demenz Erkrankten bedarf es dabei besonderer Unterstützung und Begleitung unter gleichzeitiger Wahrung der noch verbliebenen Kompetenz der Kranken. Vorhandene Ansätze zur Erarbeitung einer spezialisierten Beratung werden von der Bundesregierung u. a. über die Förderung der Selbsthilfe unterstützt.

Im Interesse einer realitätsnahen Beschreibung der Wohnverhältnisse alter Menschen empfiehlt die Kommission bezüglich der Wohnungsausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern, die aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 des Statistischen Bundesamtes vorliegenden Ergebnisse für die Altersgruppe 70 und mehr Jahre durch den Ergebnisnachweis für die Altersgruppe 80 und mehr Jahre zu ergänzen. Dies hat die Bundesregierung bereits mit der Ergebnisbereitstellung im Rahmen der EVS 2003 umgesetzt.

Die Kommission fordert – vor dem Hintergrund einer derzeit entspannten Wohnungsmarktlage – nicht die quantitative Ausweitung des Wohnraumangebots, ihre Forderungen zielen vielmehr auf die qualitative Ausstattung von Wohnung und Wohnumfeld. In baulicher Hinsicht wird weiterer Handlungsbedarf vor allem im Hinblick auf die Barrierefreiheit, auch beim Zugang zu Gebäuden und Wohnungen, und auf eine altersfreundliche Umgestaltung von Bad/Sanitärbereich gesehen. Neben der individuellen Wohnungsanpassung im Einzelfall sollte nach Auffassung der Kommission auch die generelle Wohnungsanpassung ganzer Siedlungen oder zumindest Gebäudekomplexe verstärkt in Angriff genommen werden.

Zur Förderung baulicher Modernisierungsmaßnahmen und zur Anpassung von Wohnung und Wohnumfeld an veränderte Wohnbedürfnisse führen Bund und Länder im Bereich des Wohnungs- und Städtebaus eine Reihe von Programmen durch. Den Erfordernissen der Bestandsmodernisierung und des barrierefreien Bauens wurde insbesondere auch mit dem Gesetz zur Reform des Wohnungsbaurechts Rechnung getragen, das in dieser Legislaturperiode verabschiedet wurde und zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. War die bisherige Förderung des sozialen Wohnungsbaus vor allem auf den Wohnungsneubau gerichtet, so gewinnt in der umfassenderen sozialen Wohnraumförderung daneben die Modernisierung vorhandener Wohnungsbestände als weiterer Förderschwerpunkt größeres Gewicht. Alte Menschen und behinderte Menschen sind ausdrücklich als Zielgruppen der sozialen Wohnraumförderung benannt. Darüber hinaus wurde als allgemeiner Fördergrundsatz in

das Gesetz aufgenommen, dass die Anforderungen des barrierefreien Bauens für die Nutzung des Wohnraums und seiner Umwelt bei der Förderung zu berücksichtigen sind. Für den Mehraufwand baulicher Maßnahmen, die aufgrund spezieller Bedarfe behinderter oder alter Menschen erforderlich sind, können zusätzliche Fördermittel gewährt werden.

Die soziale Wohnraumförderung kann damit zugleich Anstöße geben, um barrierefreie und altersfreundliche Bauweisen auch außerhalb des geförderten Wohnungsbaus stärker zu verbreiten. Denn nur wenn deren Notwendigkeit von allen am Bau Beteiligten – Bauherren, Planer, Architekten, Bauwirtschaft – erkannt und bei Baumaßnahmen grundsätzlich berücksichtigt wird, können bauliche Barrieren weitgehend vermieden und Möglichkeiten für eine spätere Umrüstung von Gebäuden und Wohnumfeld entsprechend der sich verändernden individuellen Wohnbedürfnisse offen gehalten werden.

2.3 Soziale Beziehungen

Bereits der Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation hat herausgestellt, welche Bedeutung Familien- und Generationenbeziehungen bei der Betreuung und Pflege alter Menschen zukommt. Familiäre Pflege beginnt – wie auch der Vierte Altenbericht belegt – häufig als Partner/Partnerinpflege und wird mit zunehmendem Alter der Gepflegten immer mehr auf die Kinder verlagert. Die Bereitschaft zur Pflegeübernahme ist hoch. Selbst von den 90-jährigen und älteren Pflegebedürftigen leben mit 57 Prozent immer noch gut die Hälfte in privaten Haushalten. Die familiäre und die ambulante Pflege sind bis ins höchste Alter die dominierenden Versorgungsformen. Für einen Umzug ins Heim sind insbesondere demenzielle Erkrankungen (43 %) ausschlaggebend, bei denen die häusliche Pflege selbst mit ambulanter Unterstützung häufiger an die Grenzen der Belastbarkeit stößt.

Aus Überforderung in Pflegesituationen kann auch Gewalt erwachsen. Die Aussagen des Berichtes zu Fragen der Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen und den politischen Zielsetzungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Kommission weist zu Recht in ihren Empfehlungen darauf hin, dass die Problematik der Viktimisierung im Alter weder vernachlässigt noch dramatisiert werden sollte. In Übereinstimmung mit der Kommission sieht auch die Bundesregierung einen Forschungsbedarf zum Thema „Gewalt im Alter“, um das Wissen auf diesem Gebiet zu erhöhen.

Um Gewalt wirkungsvoll und nachhaltig zu bekämpfen, bedarf es eines umfassenden und ressortübergreifenden Gesamtkonzeptes. Mit dem Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen wird erstmals ein solches Konzept umgesetzt.

Hier sind Frauen jeden Alters gemeint. Dennoch werden in der Öffentlichkeit mit dem Thema meist jüngere Frauen oder Frauen in den mittleren Jahren assoziiert. Gewalt gegen alte Menschen ist jedoch in mehrfacher Hinsicht ein Geschlechterthema.

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass alte Frauen häufiger allein sind als alte Männer, dass sie häufiger den Verlust des Partners bewältigen müssen und öfter von Gewalt im familialen Kontext betroffen sind.

Aber auch die geschlechtsbezogene Verteilung häuslicher Pflegearbeit und die damit einhergehenden, nach bisherigem Erkenntnisstand vergleichsweise hohen Anteile weiblicher Gewaltausübender bei Fällen der Vernachlässigung und Misshandlung in der Pflege sollten stärker thematisiert werden. Hier müssen sinnvolle und gezielte Hilfestrukturen aufgebaut werden – eine Aufgabe, deren sich die Bundesregierung verstärkt annimmt.

2.4 Gesundheitliche Lage

Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Menschen im höherem Lebensalter werden in der Zukunft zunehmend eine Rolle spielen, was in dem überproportionalen Zuwachs von Menschen im höheren Lebensalter gemessen an der Gesamtpopulation der Bundesrepublik Deutschland begründet liegt. Von besonderer Bedeutung dabei ist – wie der vorliegende Vierte Altenbericht ebenfalls zeigt –, dass durch die zu verzeichnende Verlängerung der Lebensdauer besonders in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen ist. Ausgehend von der bereits im Dritten Altenbericht getroffenen positiven Feststellung, dass es optimistische wissenschaftliche Aussagen gibt, die ein altersmäßiges Hinausschieben und somit eine Verkürzung dieser belasteten Lebensphase prognostizieren, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist, müssen gerade die Anstrengungen vermehrt werden, die diesen positiven Trend unterstützen.

Die zentrale Stellung der gesundheitlichen Verfassung für Lebensqualität im Alter ist für hochaltrige Menschen noch ausgeprägter als für alte Menschen im Allgemeinen.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung auch und gerade der älteren Generation zur Verfügung stellen zu können, ist eine der wichtigsten Zielsetzungen der Gesundheits- und Altenpolitik der Bundesregierung. Zu den Hauptmerkmalen einer solchen Versorgung gehören bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Leistungen, Akteuren und Kostenträgern.

Alle, die in der Politik Verantwortung tragen, sind sich darüber einig, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenziell erkrankten Menschen dringend erforderlich ist. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Dies zeigt auch der vorliegende Vierte Altenbericht.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem in der Vergangenheit mit zahlreichen Modellprojekten im Bereich der Gerontopsychiatrie Rechnung getragen. Zurzeit ist eine Expertise zur Situation psychisch kranker alter Menschen in Heimen in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wird eine „Gerontopsychiatrische Handreichung für Hausärzte und Allgemeinmediziner“ erarbeitet, die vor allem

die Früherkennung und Frühbehandlung bei Demenzen fördern soll. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam konzipierten Forschungsverbünde „Kompetenznetzwerke in der Medizin“ ist auch ein Kompetenznetzwerk Demenz geplant.

Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung der an Demenz Erkrankten und ihrer pflegenden Angehörigen. Hier steht die Politik noch vor gewaltigen Herausforderungen. Aufgrund der finanziellen Zwänge wird es allerdings nur möglich sein, in kleinen Schritten voranzugehen.

Die Bundesregierung geht bei ihrer Arbeit zugunsten der Gesundheitsförderung im Alter von den Grundannahmen aus, das Alter als Chance und Erfolg zu werten und unter dem Aspekt des Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten.

Um eine rationale Grundlage für weitere Entscheidungen hinsichtlich der Entwicklung, Durchführung und Erprobung von neuen und/oder ergänzenden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu gewinnen, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Expertise in Auftrag gegeben, die Ansätze und Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aufzeigen und anhand der Auswertung nationaler und internationaler Beispiele Anregungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen in Deutschland geben wird. Die in Kürze vorliegende Expertise wird Antworten auf die für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter bedeutsamen Fragen geben, die auch im vorliegenden Vierten Altenbericht thematisiert werden:

– Welche Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gibt es?
– Welche Bedingungen müssen vorhanden sein, um die vorhandenen Gesundheitspotenziale ausschöpfen zu können?
– Welche Akteure müssen einbezogen werden?
– Welche spezifischen Präventionsstrategien müssen für sozial Benachteiligte und für Menschen in besonderen Lebens- und/oder Risikolagen entwickelt werden?
– Welche wissenschaftlichen und praktischen Anforderungen sind an Präventionsansätze zu stellen?
– Was kann getan werden, damit die Präventionsansätze auch wirklich umgesetzt und genutzt werden?

Die Bundesregierung macht hier abschließend darauf aufmerksam, dass nach den neuesten Daten bezüglich der Vollständigkeit der einzelnen bevölkerungsbezogenen Krebsregister ein differenzierteres Bild – als im Bericht dargestellt – gezeichnet werden kann: Zwar ist das Saarland nach wie vor das bislang einzige Register, das durchgängig für alle Krebslokalisationen eine Vollzähligkeit von über 95 % aufweist, andere Register wie z. B. das Register im Regierungsbezirk Münster und das Krebsregister in Sachsen weisen inzwischen eine Vollzähligkeit für alle Krebslokalisationen von durchschnittlich 80 bis 90 %, für eine ganze Reihe von Lokalisationen bereits über 90 % aus, sodass zumindest zu diesen Lokalisationen bereits epidemiologische Aussagen getroffen werden können.

C. Erfordernisse und Maßnahmen in Politik und Gesellschaft

Aus dem veränderten und sich künftig weiter verschiebenden Altersaufbau der Bevölkerung erwachsen vielfältige Handlungserfordernisse in Politik und Gesellschaft. Die Bundesregierung will dazu beitragen, dass die Chancen des längeren Lebens genutzt werden. Alten Menschen gebührt die Solidarität der Gesellschaft. Sie haben den Anspruch und das Recht, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben als geachtete und gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft zu führen.

Aufgabe der Politik ist es, die für ein aktives und kompetentes Altern notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Den alten Menschen, die krank, hilfe- oder pflegebedürftig sind, stellt die Altenpolitik den gebotenen Schutz und die notwendige Unterstützung bereit. Der Erhalt der individuellen Würde bis zum Lebensende ist dabei Grundlage aller Bemühungen. Die Bedingungen für die Pflege alter Menschen zu verbessern und zu sichern, ist Ziel der Bundesregierung. Der vorgelegte Vierte Altenbericht bestätigt der Bundesregierung, dass sie auf dem richtigen Weg ist, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzen will, die sich eng an den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten Menschen orientieren. Um Lebensqualität in Sicherheit und Kontinuität zu wahren, müssen die vielfältigen Ressourcen, aus denen Hochaltrige schöpfen können, nach Kräften gestärkt werden.

1 Strukturen der Altenhilfe

Die Sachverständigenkommission stellt zu Recht die Notwendigkeit politischer und gesellschaftlicher Intervention heraus, um eine möglichst weitgehende selbstständige Lebensführung im Alter zu ermöglichen. In Verfolgung dieses Ziels erprobt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des seit Mitte des Jahres 2000 laufenden Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ Projekte, die in unterschiedlicher Weise Strukturen der Altenhilfe im Sinne der selbstständigen Lebensführung alter Menschen nutzen und neu gestalten. Mit der zunehmenden Zahl hochaltriger Menschen steigen die Anforderungen deutlich an. Derzeit weist das Hilfesystem noch eine Reihe von Defiziten auf. Die Strukturen sind unübersichtlich und zu wenig miteinander vernetzt, die Hilfen oft nicht aufeinander abgestimmt, wie die Kommission zu Recht feststellt.

Die erprobten Maßnahmen haben besonders bei Fragen der Beratung von Betroffenen und Angehörigen und der Einbeziehung und Qualifizierung Freiwilliger bereits Erfolge erzielt. Vielen Projekten ist es gelungen, Lücken in diesem Bereich zu schließen und Defizite in der

Versorgung zu beseitigen. Schon jetzt ist zu erkennen: Eine angemessene und substanziell bessere Betreuung gerade von demenzkranken alten Menschen lässt sich nur mit mehr Fachkenntnissen und mit einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen erreichen. Durch Netzwerke werden unterschiedliche Ansprechpartner/innen und Versorgungsangebote verknüpft. Bisher nicht koordinierte Betreuungsleistungen werden im Interesse der Hilfebedürftigen durch so genannte Case Manager zusammengeführt. Der Verbraucherschutz wird durch Information und Beratung gestärkt. Diese und andere Ansätze, die im Modellprogramm verfolgt werden, haben sich bislang als Erfolg erwiesen.

Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm werden in die Überlegungen zu einem umfassenden Altenhilfestrukturgesetz (Arbeitstitel) einfließen. Ziel eines solchen Gesetzes sollte die Behebung struktureller Mängel und die Weiterentwicklung des Systems der Altenhilfe im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten sein. Die Träger der öffentlichen Altenhilfe sollen darauf hinwirken, ein überschaubares und leicht zugängliches System von Hilfen zur Verfügung zu stellen, Leistungserbringer sollen zusammenarbeiten und ihre Hilfestrukturen vernetzen und koordinieren. Leistungsträger und Leistungserbringer sollen bei der Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben der Qualitätssicherung zusammenwirken.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung modellhaft in 11 stationären Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt die Erprobung des kanadischen Personalbemessungsverfahrens PLAISIR (Planification Informatisee des Soins Infirmiers Requis – EDV-gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege) gefördert. Mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz wurde erreicht, dass Pflege- und Personalbedarfsermittlungsverfahren Bestandteil der Rahmenverträge der pflegerischen Versorgung werden. Im Gegensatz zu den Personalrichtwerten, die alternativ ebenfalls vereinbart werden können, bietet ein Personalbedarfsermittlungsverfahren wie PLAISIR den Vorteil, dass es individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt ist.

Nach der erfolgreichen Erprobung des Verfahrens PLAISIR steht nun der flächendeckende Einsatz von PLAISIR in Deutschland an. Hierfür ist das Verfahren weiterzuentwickeln und an die deutschen Bedingungen in der Pflege anzupassen.

Die Förderung der Selbstständigkeit alter Menschen sowie die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen im Hinblick auf ihre Selbstständigkeit sind in der Altenpolitik des Bundes insbesondere auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels von zentraler Bedeutung. Zur weiteren Ausgestaltung und Umsetzung dieser Zielstellungen ist es unabdingbar, über aktuelle Zahlen und Fakten als wichtige Entscheidungshilfen für die weitere Verbesserung der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen zu verfügen. Daher soll die in den Jahren 1990 bis 1993 durchgeführte Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung Hilfe- und Pflegebedürftiger in privaten Haushalten“ (MuG I) wiederholt werden. Die Daten der seinerzeit durchgeführten Untersuchung sind inzwischen überholt und insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung und aufgrund struktureller Veränderungen in der Altenhilfe nicht mehr aussagekräftig genug. Die durchzuführende Untersuchung soll einen Überblick zur Entwicklung, Situation und Qualität der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung zur Verfügung stellen. Damit wird eine Grundlage für die Einschätzung des Handlungsbedarfs im ambulanten Bereich geschaffen, wozu auch die Weiterentwicklung und Förderung der Qualität der ambulanten Pflege gehören.

2 Baumodellförderung und Wohnberatung

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass präventive Maßnahmen zur Veränderung der Wohnsituation, die auch den Anforderungen bei Hochaltrigkeit besser gerecht wird, in Zukunft eine größere Rolle spielen sollten. Ziel der Baumodellförderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist es deshalb bereits jetzt, durch Aufzeigen neuer Wege die Lebenssituation alter Menschen zu verbessern. Hierzu gehören auch Modelle für alte Menschen mit Behinderungen.

Geförderte Projekte sollen insbesondere dem Erhalt einer selbstständigen Lebensführung dienen. Unter Berücksichtigung aktueller gerontologischer Erkenntnisse soll nach Möglichkeit Individualität, Wohnlichkeit und Privatsphäre mit hohen Betreuungs-, Hilfe- und Pflegestandards kombiniert werden. Gerade auch bei Modellen für alte, behinderte Menschen geht es vor allem darum, verbesserte Möglichkeiten der Eingliederung und Integration in das gesellschaftliche Leben zu fördern. Gefördert werden insbesondere Neubau-, Umbau- oder Sanierungsmaßnahmen.

Weitere Schwerpunkte der Baumodellförderung liegen in der nachhaltigen Verbesserung der Wohn- und Lebensmöglichkeiten für alte Menschen mit Behinderungen, insbesondere auch mit geistigen und Sinnes-Behinderungen. Ferner soll eine modellhafte Pflege- und Betreuungseinrichtung den spezifischen Bedürfnissen alter Migrantinnen und Migranten entgegenkommen und Chancen einer besseren Integration herausarbeiten.

Darüber hinaus ist es ein neuer und wichtiger Schwerpunkt der Baumodellförderung, zukunftsweisende Möglichkeiten zur Unterstützung alter Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, insbesondere demenzkranker alten Menschen, zu erproben und zu dokumentieren.

Mit dem Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die zentralen Fragestellungen des Wohnens im Alter aufgegriffen und Lösungsansätze aufgezeigt. Die Ergebnisse des Modellprogramms unterstreichen die große Bedeutung der Wohnungsberatung, die jedoch bereits im Vorfeld einer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einsetzen sollte. Angesichts der hohen Diskrepanz zwischen subjektiver Wohnzufriedenheit und objektiv feststellbaren Mängeln der seniorengerechten Wohngestaltung

muss dabei stärkeres Augenmerk auf den Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme der Wohnberatung gelegt werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt die Bestrebungen der Bundesländer, die um einen weiteren Ausbau der Wohnberatung bemüht sind. So wird im Modellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“ erprobt werden, wie eine ehrenamtliche Wohnberatung ergänzend zu Hauptamtlichen Diensten aufgebaut werden kann.

Dem altersgemischten Wohnen kommt besondere Bedeutung zu, um Nachbarschaftssysteme mit wechselseitigen Hilfen zu ermöglichen. Dabei sollte nicht nur die Möglichkeit der Unterstützungsleistungen von Jüngeren an Ältere, sondern der wechselseitige Charakter von Hilfs- und Unterstützungssystemen betont werden.

Zu der von der Kommission erstellten ausführlichen Empfehlung unter 6. ist ergänzend anzumerken, dass alten Menschen, die bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) sind, voraussetzungsgemäß grundsätzlich sämtliche Hilfen des Bundessozialhilfegesetzes zur Verfügung stehen. Bei ihnen wird ergänzend aber immer zu prüfen sein, ob darüber hinaus einzelne Maßnahmen der Altenhilfe in Betracht kommen (vgl. § 75 BSHG). Die Altenhilfe soll einmal dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Diese Schwierigkeiten können körperlicher, geistiger oder seelischer Art sein. Zum anderen soll die Hilfe dazu beitragen, alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Als Maßnahme der Hilfe kommt auch Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht, in Betracht.

3 Inner- und außerfamiliale Unterstützung

3.1 Häusliche Hilfe und Pflege

Die von der Kommission in ihren Empfehlungen Nr. 21 und 22 geforderte Beratung für pflegende Angehörige kommt bereits im Rahmen der nachrangigen Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz in Betracht. Nach § 69b BSHG sind die angemessenen Kosten zu übernehmen, wenn im Einzelfall eine Beratung der Pflegeperson geboten ist. Hier ist zu denken an die besondere Fach- und Lebensberatung in Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit.

Nach dem Bundessozialhilfegesetz ist es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, die häusliche Pflege dort, wo sie fachlich in Betracht kommt, zu ermöglichen. Um die auch im Bericht (Empfehlung Nr. 28) gewünschte häusliche Pflegebereitschaft zu fördern, sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege des Bundessozialhilfegesetzes eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflege – vorgesehen. So können bei außerfamilialer Unterstützung (z. B. durch Freunde und Nachbarn) dem pflegebedürftigen Menschen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson erstattet werden; auch können angemessene Beihilfen gewährt werden. In schweren Pflegefällen wird ein pauschaliertes Pflegegeld gewährt. Daneben können – auch zeitweise – besondere Pflegekräfte finanziert werden, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

3.2 Außerfamiliale Hilfestellungen

Zu der im Bericht geforderten Einrichtung einer integrierten Beratung zu den vorhandenen Hilfsangeboten ist festzuhalten, dass dies im Rahmen der Sozialhilfe bereits berücksichtigt ist. Eine Leistungsart der Sozialhilfe ist die persönliche Hilfe. Zur persönlichen Hilfe gehört außer der Beratung in Fragen der Sozialhilfe (§ 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch) auch die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten, soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrzunehmen ist (vgl. § 8 Abs. 2 BSHG). Entsprechend dem Ziel der Altenhilfe, altersbedingte Schwierigkeiten zu beseitigen oder zu mildern, sind der Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den oben genannten Aufgaben noch die folgenden besonderen Beratungsaufgaben übertragen worden:

- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Hilfe zu einer Betätigung, wenn die von alten Menschen gewünscht wird.

Der Vierte Altenbericht weist auf Tendenzen zur steigenden Einsamkeit und Isolation im Alter hin. Dem können intakte Netzwerke ebenso entgegenwirken wie Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden. Der von der Kommission in ihrer Empfehlung Nr. 7 geforderten Hilfe für einsame hochaltrige Menschen kommt die Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz nach. Sie will alten Menschen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Diesem Ziel dient die Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen. Alten Menschen soll auch die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglicht werden.

Aufgrund der sinkenden Beteiligung alter Menschen an Vereinen und Verbänden kommt mit steigendem Alter den Seniorenorganisationen wachsende Bedeutung zu, die neben einem aktiven gesellschaftlichen Engagement die Möglichkeit zu Freizeitgestaltung und Geselligkeit bieten. Hier sind in erster Linie die Kommunen gefordert, wohnungsnahe Angebote bereitzustellen, die alten Menschen auch bei Mobilitätseinschränkungen eine gute Erreichbarkeit gewährleisten. Angebote müssen auf ihre Attraktivität für Nutzer/Nutzerinnen überprüft und an sich wandelnde Bedarfslagen alter Menschen angepasst werden. Die Altenselbsthilfe sollte in diesem Zusammenhang stärker gestützt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert auf Bundesebene

Seniorenorganisationen und wird im Rahmen des Modellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ alte Menschen zu seniorTrainern weiterbilden und ihnen im Bereich der Altenselbsthilfe Einsatzmöglichkeiten eröffnen.

Alte Menschen sind in hohem Maße gesellschaftlich engagiert, wobei sich mit steigendem Alter das ehrenamtliche Engagement verringert. Stärker als bisher müssen gesellschaftliche Rollen gefunden werden, die alten Menschen ein Engagement ermöglichen, das ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht. Mit Besuchsdiensten unterstützen viele aktive Alte diejenigen, die wegen Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit von Isolation bedroht sind. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird im Rahmen des o. g. Modellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ (EFI) den Aufbau von Fortbildungsmaßnahmen für diese Besuchsdienste fördern, um sie bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Hierbei wird auch der Umgang mit Demenzkranken und die Unterstützung ihrer Angehörigen eine Rolle spielen.

Da der Anteil alter Menschen mit Fahrerlaubnis kontinuierlich ansteigt, ist es sehr zu begrüßen, dass die Kommission die Aufmerksamkeit auch auf diese Problematik gerichtet hat. Die Kommission weist zutreffend auf die Bedeutung hin, die einer adäquaten und validen Untersuchungsmethodik im Rahmen der Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Patienten mit speziellen neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Demenzen, zukommt. Insbesondere bei dieser Patientengruppe kann die Diagnosestellung allein nicht als Kriterium zur Beurteilung der Fahreignung herangezogen werden. Unabhängig von der Zuordnung der vorliegenden Symptome des Patienten zum Krankheitsbild der Demenz sollte bei der Beurteilung der Fahreignung das Ergebnis der Überprüfung verkehrsrelevanter neuropsychologischer Funktionsausfälle das entscheidende Kriterium sein.

Da bislang keine validen Testverfahren für demenzbedingte Funktionsausfälle definiert sind, hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen bei der Bundesanstalt für Straßenwesen Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, bei denen sowohl die Häufigkeit neurologischer Erkrankungen und neuropsychologischer Funktionsausfälle als auch die Frage der Validität der verschiedenen Untersuchungsmethoden (neuropsychologische Testbatterien, Fahrsimulator und reale Fahrprobe) im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen.

Den Ausführungen der Kommission hinsichtlich des Themas „Gewalt im Alter“ ist zuzustimmen. Auch die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit, im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Bekämpfung von Gewalt auch die Problematik von Gewalt im Alter anzugehen. Seit 1998 führte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammen mit der Landeshauptstadt Hannover ein dreijähriges Modellprojekt durch, das sich mit dem Schutz von Seniorinnen und Senioren im persönlichen Nahraum befasste.

Ziel des Projektes war es, auf das sensible Thema Gewalt gegen Alte und Schwache aufmerksam zu machen, gegen Übergriffe vorzugehen und ihre Ursachen aufzuklären, aber auch gezielte Hilfen für Opfer bereitzustellen. Um ein hohes Maß an Umsetzbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse in anderen Kommunen zu gewährleisten, entwickelte das Projekt einzelne „Bausteine“, die bereits bestehende Strukturen vor Ort mit einbezogen und vernetzten, wie z. B.

– Einrichtung und Erprobung spezialisierter Hilfs- und Beratungsdienste,
– Weiterbildung von Expertenteams im medizinischen, sozialen und therapeutischen Bereich,
– Fortbildung für Angehörige verschiedener Berufsgruppen,
– Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen der Öffentlichkeitsarbeit,
– Einrichtung eines Beratungs- und Krisentelefons seit 1. März 1999.

Im Rahmen einer bundesweiten Abschlusstagung im Juli 2001 wurden Handlungsempfehlungen vorgestellt, die geeignet sind, Perspektiven für weitere Interventions- und Präventionsstrategien aufzuzeigen.

4 Medizinische Versorgung

4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Zwischen Sachverständigenkommission und Bundesregierung besteht Übereinstimmung darin, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen im Hinblick auf die Lebensqualität von großer Bedeutung sind, um Krankheiten und Einschränkungen im Alter so weit wie möglich zu verhindern oder ihren Ausbruch um einige Jahre hinauszuzögern.

Der Königsweg zu einer Minderung von Risiken und Krankheitsursachen und somit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes alter Menschen kann nur über verstärkte Angebote im Vorfeld krankheitsbedingter Einschränkungen führen. Das Modell der präventiven Hausbesuche, wie es in der Schweiz bereits erfolgreich erprobt worden ist, scheint eine Erfolg versprechende Möglichkeit zu eröffnen.

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines EU-Projekts geförderte und am Albertinen Haus Hamburg angesiedelte Vorhaben „Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Kooperation zwischen Hausärzten und Geriatrischem Zentrum“ orientiert sich an diesem Ansatz. Der Nutzen niedrigschwelliger Gesundheitsvorsorge wird belegt und ein Anwenderhandbuch für ein Präventivprogramm erarbeitet, das potenziellen Nachahmern Arbeitshilfe sein wird. In einem weiteren Arbeitsabschnitt des Projekts wird es darum gehen, das Präventionsprogramm in der Regelversorgung zu verankern.

Die gesundheitliche Versorgung alter Menschen hat mit Blick auf Strukturen und Qualifikation der beteiligten Akteure bislang einen beachtlichen positiven Entwicklungs-

prozess durchlaufen. So ist z. B. Rehabilitation im Alter bereits heute fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems. Der Bedarf an stationärer und ambulanter geriatrischer Rehabilitation wird zweifellos weiter steigen.

Das kann aber nicht nur bedeuten, den Ausbau der stationären und teilstationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kapazitäten weiter voranzutreiben, wie es die Kommission fordert. In erster Linie muss es zukünftig darum gehen, Qualität und Effektivität in den vorhandenen Strukturen zu fördern. Dies geschieht bereits im Rahmen verschiedener Projekte, die u. a. die Effektivität geriatrischer Rehabilitation und die Zusammenhänge bei der Dekubitusentstehung untersuchen. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um das System der Hilfen so zu verbessern, dass noch vorhandene Lücken geschlossen werden können.

Der ganzheitliche geriatrische Versorgungsansatz vermag längerfristig Pflege- und Versorgungskosten zu sparen und Lebensqualität zu sichern. Er erfordert kurz- und mittelfristig einen verstärkten Mitteleinsatz. Zusätzliche Kosten können einerseits durch die Notwendigkeit entstehen, die Erfolge der Intervention zu sichern, d. h. Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Hinzu kommen Risiken gesundheitlicher Einbrüche während einer verlängerten Lebenszeit.

Sowohl die Möglichkeiten der ambulanten geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation als auch die der heimintegrierten Rehabilitation verdienen daher fundierte Erprobung und Evaluation. Im Rahmen des bereits erwähnten Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ werden Maßnahmen dieser Art gefördert und wissenschaftlich begleitet.

4.2 Koordination und Vernetzung

Eine effektive Nutzung bereits vorhandener Möglichkeiten und Einrichtungen ist nur dann zu erwarten, wenn eine Vernetzung von Strukturen gelingt, die nicht nur über die Grenzen einzelner Fachdisziplinen reicht, sondern Grenzziehungen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen und zwischen verschiedenen Systemen überwindet. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben qualifizierter Fachkräfte in der Geriatrie, die wachsende Bereitschaft der Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner alter Menschen zum Erwerb geriatrischen Wissens zu nutzen und Fachkliniken für den Transfer von Spezialwissen in die hausärztliche Praxis zu öffnen. Das Geriatrische Netzwerk, ein Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten/innen und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle in Hamburg, beweist, dass dieser Brückenschlag so gelingen kann, dass alle Beteiligten profitieren.

Durch Koordination und Vernetzung von Angeboten können einerseits Lebensqualität Betroffener und berufliche Zufriedenheit der Akteure gesteigert, andererseits auch strukturelle Mängel beseitigt und das System der Altenhilfe weiterentwickelt werden. Das gilt auch und in besonderem Maße für die Versorgung Demenzkranker. Von den 20 für das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ ausgewählten Projekten widmen sich allein acht einer verbesserten Versorgung Demenzerkrankter, vier der Vernetzung geriatrischer Rehabilitation mit der Altenhilfe. Sie repräsentieren dabei ein breites Spektrum möglicher und innovativer Ansätze. Die Ende 2001 gezogene Zwischenbilanz hat u. a. gezeigt, dass das Engagement ehrenamtlicher Laien als ernst zu nehmendes Zukunftspotenzial bei der Betreuung Demenzerkrankter gepflegt und vorsichtig weiterentwickelt werden muss.

Sowohl die Einbeziehung entsprechend vorbereiteter und begleiteter Helfer als auch eine verbesserte Beratung pflegender Angehöriger kann deren Belastung spürbar abmildern.

Mit konsequenter Unterstützung der Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft trägt die Bundesregierung dazu bei, dass Aufklärung, Beratung und der Aufbau von hilfreichen Netzwerken kontinuierlich gewährleistet werden und weiter ausgebaut werden können.

Um der Herausforderung durch die demographisch bedingt wachsende Anzahl demenzerkrankter alter Menschen auf Dauer gerecht werden zu können, bedarf es jedoch einer gesellschaftlich breit angelegten Informations- und Qualifizierungsaktion, eine Forderung der Kommission, die die Bundesregierung in ihrer Initiative zu einem längerfristig geplanten Aktionsprogramm Demenz bestätigt.

4.3 Aktionsprogramm Demenz

Das Programm soll Aufklärung, Information zu Hilfen vor Ort und Unterstützung pflegender Angehöriger leisten und von einschlägigen Projekten begleitet werden. Damit sollen Grundlagen für ein besseres Verständnis und für Alltagskompetenz im Umgang mit Demenzerkrankungen geschaffen werden. Basiselemente sind die Einrichtung eines von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft betriebenen zentralen Beratungstelefons sowie der Aufbau einer Datenbank zu spezifischen Hilfe- und Betreuungsangeboten aus den Ergebnissen einer flächendeckenden bundesweiten Strukturerhebung.

Das Alzheimer Telefon soll den erfahrungsgemäß vielfältigen Informations- und Hilfebedarf auffangen. Für alle Ratsuchenden macht es unter der bundeseinheitlichen Nummer 01803-17 10 17 ein leicht zugängliches Angebot, das durch weitere flankierende Einzelmaßnahmen auf regionaler Ebene ergänzt werden soll.

Die öffentliche Darstellung und damit Enttabuisierung der Demenz und ihrer Folgen wird auch durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Bereits 1999 wurde die Broschüre „Wenn das Gedächtnis nachlässt“ vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben. Auch in Zukunft sollen gesetzgeberische Maßnahmen flankiert werden durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen. Sie soll Verständnis insbesondere für die Situation demenzkranker Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnisorientierte

Pflege und Betreuung dementer Menschen vermitteln. Zudem soll auf gelungene Projekte der Betreuung dementer Menschen aufmerksam gemacht werden, in denen sich in überzeugender Weise bürgerschaftliches Engagement mit professioneller Pflege zum Wohle der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbindet.

Selbstverständnis, Rahmenbedingungen und Pflegekonzepte gerade in stationären Einrichtungen müssen zunehmend auf die Bedürfnisse Demenzkranker abgestimmt werden. Die Kommission zeigt verschiedene geeignete Möglichkeiten auf, die freilich noch genauerer und längerfristiger Erprobung und differenzierter Auswertung bedürfen. Es gibt bereits viel versprechende Ansätze, die mit Unterstützung der Bundesregierung wissenschaftlich evaluiert und auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Für eine angemessene Versorgung hochaltriger und demenzerkrankter Menschen ist der Einsatz besonders geschulten Pflegepersonals unverzichtbar. Eine berufsbegleitende Qualifikation des Pflegepersonals verfolgt die Bundesregierung mit dem neuen, vom Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeiteten Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“. Es stellt Pflegenden in allen Bereichen Handlungsanleitungen mit persönlichkeitszentriertem Ansatz zur Verfügung, die sich am Alltag in den Einrichtungen orientieren und sich auch in kleinen Schritten umsetzen lassen. Wichtig daran ist, dass Austausch und Nutzung von Erfahrungen der Praxisexperten gefördert werden.

Aber auch architektonisch notwendige Umbaumaßnahmen zur bedarfsgerechten Betreuung Demenzerkrankter in gesonderten Wohnbereichen lassen sich in ganz normalen Pflegeheimen erfolgreich realisieren, wie Projekte des Modellprogramms Altenhilfestrukturen der Zukunft zeigen. Ablauforganisationen und Personaleinsatzkonzepte sind inzwischen implementiert und werden weiterentwickelt.

4.4 Sterbebegleitung: Umsetzung der Hospizidee

Die zahlenmäßige Zunahme von Menschen im hohen Lebensalter gibt dem Erhalt der Würde Hochaltriger und dem Thema Sterben, Tod und Trauer eine große Bedeutung. Familiäre Betreuungsmöglichkeiten haben sich gewandelt und die Phase der Auseinandersetzung mit Fragen der Beendigung des Lebens hat sich verlängert.

Die Expertenkommission greift das Thema Sterbebegleitung auf, hebt ethisch-moralische Schwerpunkte der Hilfe für Sterbende hervor und weist Argumente für eine straffrei gestellte Sterbehilfe mit aller Entschiedenheit zurück. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Kommission und unterstützt die Schaffung bedarfsgerechter Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben. Sie sieht in der Weiterentwicklung von Hospizkonzepten einen hohen ethischen Wert.

Ambulant, teilstationär und stationär tätige Hospize leisten bereits heute einen wichtigen und gesellschaftlich zunehmend beachteten Beitrag. Sie sind in den vergangenen zehn Jahren zu einem festen Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Altenhilfe in Deutschland geworden und kultivieren auch die Trauerbegleitung über das Sterben hinaus. Vor allem bürgerschaftliches Engagement und Erfahrungen mit Situationen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod ermöglichen individuell und von menschlicher Zuwendung geprägte Hilfe. Ziel ist es, hospizliche Sterbebegleitung flächendeckend und den Bedürfnissen angemessen in Deutschland weiterzuentwickeln.

Die Bundesregierung fördert im engen Zusammenwirken mit der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V.“ Aktivitäten zum Ausbau der Angebote für eine mitmenschlich getragene Sterbebegleitung durch professionelle und ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer und die erforderliche Netzwerkentwicklung. Grundlegende Voraussetzungen für bedarfsgerechte und qualitativ gesicherte Angebote der Sterbebegleitung, die den Menschen die Gewissheit geben, am Ende des Lebens nicht allein gelassen zu werden, in Würde Abschied nehmen zu können und dabei eine gute Behandlung und Pflege, insbesondere eine gute Schmerztherapie sowie psychosoziale und spirituelle Unterstützung zu erhalten, hat die Bundesregierung aktuell mit der Unterstützung nun auch ambulanter Hospizarbeit im Pflegeleistungsergänzungsgesetz verankert.

4.5 Gesundheitliche Situation alter Frauen

Das Analyseergebnis der Sachverständigenkommission zeigt deutlich, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der damit verbundenen Überrepräsentanz in der Gruppe der alten und vor allem hochbetagten Menschen in zunehmendem Maße von altersbedingten chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Behinderungen betroffen sind. Präventionsmaßnahmen, die wirklich greifen sollen, müssen daher aus Sicht der Bundesregierung den besonderen frauenspezifischen gesundheitlichen Belastungen und Risiken (Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen) Rechnung tragen. Die Bundesregierung setzt sich insoweit mit Maßnahmen im Bereich „Frau und Gesundheit“ für eine verstärkte Berücksichtigung der frauen-spezifischen Belange im Gesundheitswesen ein.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat mit der Herausgabe des „Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ im Mai 2001 und der Fachtagung „FrauenGesundheit-FrauenLeben-FrauenArbeit“ in Berlin im Oktober 2001 einen wichtigen Impuls zur Implementierung einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung gesetzt. Auf der Fachtagung wurde auch die gesundheitliche Situation der alten Frauen in einem Vortrag thematisiert. Eine Dokumentation zu dieser Tagung wird im März 2002 veröffentlicht.

Zur Stärkung einer frauenspezifischen Sichtweise im Gesundheitssystem misst die Bundesregierung der konsequenten Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Prinzips große Bedeutung bei. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert aus diesem Grund seit Dezember 2001 im Rahmen eines dreijährigen Projektes den Aufbau einer Koordinierungsstelle „Frau-

engesundheit“, deren Arbeit unter dem Leitthema „Implementierung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitsversorgung“ steht.

4.6 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger

Die Bundesregierung teilt im Wesentlichen die Einschätzungen im Bericht der Sachverständigenkommission über die hausärztliche Versorgung für Hochaltrige. Insbesondere werden die Ausführungen zur Notwendigkeit der stärkeren Verzahnung aller an der Krankenbehandlung und Pflege beteiligten Personen mitgetragen. Es ist notwendig, dass hier ein intensiver Austausch aller Beteiligten stattfindet. Insbesondere alte Patienten/innen sind häufig bei verschiedenen Leistungserbringern in Behandlung (Hausärzte, Fachärzte, Pflege), deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. Die Stärkung der angeführten Lotsen-Funktion der Hausärzte/innen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls wünschenswert und erforderlich. Speziell alte Patienten/innen brauchen kompetente Ansprechpartner/innen ihres Vertrauens, die sie durch die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens führen. In diesen Strukturen hat der Hausarzt/die Hausärztin eine Schlüsselstellung als „Lotse“ der Patienten.

Zur Stärkung der Funktionen des Hausarztes/der Hausärztin hat der Gesetzgeber bereits verschiedene Maßnahmen getroffen. So wird insbesondere auf die sich aus § 73 Abs.1b SGB V ergebenden Kommunikationsverpflichtungen mit anderen Leistungserbringern verwiesen, sowie auf § 85 Abs. 4a SGB V, der den Hausärzten einen festen Anteil an der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zusichert.

4.7 Gesundheitsreformgesetz 2000

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Entwicklung des Fallpauschalensystems beauftragt. Die Selbstverwaltungspartner haben entschieden, das australische Fallpauschalensystem zur Grundlage für die Einführung des Systems in Deutschland zu nehmen. Dabei sind selbstverständlich Anpassungen an die medizinischen Verhältnisse und Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland vorzunehmen. Da derzeit das Leistungsverzeichnis noch nicht fertig gestellt ist, sind Aussagen über ggf. bestehende Probleme einer sachgerechten Abbildung des Behandlungsaufwands von Patienten/innen in geriatrischen Einrichtungen noch nicht möglich. Entsprechendes gilt für mögliche Lösungsansätze.

Dieser Situation Rechnung tragend, sieht das Fallpauschalengesetz vor, dass bei bestehenden Abbildungsproblemen zeitlich befristet weiterhin krankenhausindividuelle Entgeltvereinbarungen möglich sind. Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang auf die vorgesehene sukzessive Einführung des neuen Entgeltsystems sowie die damit einhergehenden qualitätssichernden Maßnahmen (u. a. Qualitätsberichte, stichprobenweise Überprüfung der Entlassungen) hinzuweisen. Zudem ist durch die gesetzliche Verpflichtung zur Begleitforschung sichergestellt, dass Veränderungen der Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen beobachtet werden können.

Auch die Abrechnung der Fallpauschalen in Verlegungsfällen ist durch die genannten Selbstverwaltungspartner noch abzuklären. Grundsätzlich ist dabei denkbar, dass im Falle der Weiterbehandlung eines Patienten/einer Patientin in einer geriatrischen Einrichtung entweder die Fallpauschalen differenziert oder Zuschläge für die teurere geriatrische Behandlung gezahlt werden. Wird der Patient/die Patientin in die geriatrische Fachabteilung eines anderen Krankenhauses verlegt, sind eindeutige Regelungen für die Vergütung, d. h. ggf. auch die Aufteilung der Fallpauschalen, notwendig.

Ebenso hat die Bundesregierung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 den rechtlichen Rahmen für integrierte Versorgungsformen geschaffen. Diese Regelungen eröffnen den Krankenkassen die Möglichkeit, mit Gemeinschaften oder einzelnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen, Trägern zugelassener Krankenhäuser und Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer Verträge über integrierte Versorgungsformen abzuschließen. In den Verträgen müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen oder medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.

Insoweit wurde den Krankenkassen mit diesen Regelungen ein Instrumentarium an die Hand gegeben, welches es zulässt, sowohl für die medizinische Behandlung einzelner Krankheitsbilder als auch für die medizinische Behandlung einzelner Personengruppen Verträge zur integrierten Versorgung zu schließen. Die Bundesregierung erwartet, dass Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere auch die Multimorbidität Hochaltriger bei der Ausgestaltung der Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung berücksichtigen.

Die Bundesregierung erkennt an, dass die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen bei alten Menschen zu Problemen führen kann. Aus diesem Grunde sind alle Versicherungsträger verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Sozialgesetzbuch Auskunft zu erteilen. Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle

Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist. Darüber hinaus sind die Auskunftsstellen verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen (§ 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I). Diese gesetzliche Regelung hilft, die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sozialversicherungssystemen zu überwinden.

5 Rechtliche Grundlagen

Die Sachverständigenkommission hat in ihrem Bericht aufgezeigt, welche Veränderungen und Verbesserungen sie außer im praktischen, im versorgungs- und sozialpolitischen auch im gesetzlichen Handlungsfeld für wichtig hält. Es gibt allerdings nur wenige ausschließlich auf alte Menschen bezogene Gesetze. Regelungen, die diese Gruppe betreffen, sind aber in zahlreichen anderen Gesetzen enthalten. Ein solches Gesetz, das die Lebensumstände alter Menschen wesentlich verbessern wird, ist das Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen. Als Zielgruppe sind zwar behinderte Menschen benannt, durch seinen Zuschnitt wird das Gesetz aber gleichwohl auch für viele alte Menschen Erleichterungen bringen. Es gilt für den Bereich des Bundes bzw. regelt Materien, die in die Zuständigkeit des Bundes fallen. Es soll am 1. Mai 2002 in Kraft treten.

Kernpunkt des Gesetzes ist die Herstellung von Barrierefreiheit in öffentlichen Einrichtungen und Gebäuden. Das heißt konkret, dass für neue öffentliche Gebäude des Bundes, aber auch für Gaststätten, Flughäfen, Bahnhöfe/Haltestellen und Verkehrsmittel Regelungen beschlossen werden sollen, die schrittweise einen ungehinderten Zugang auch für Menschen, die in der Beweglichkeit eingeschränkt oder sinnesbehindert sind, gewährleisten. Dasselbe gilt auch etwa für Bescheide der Bundesverwaltung und die Internetauftritte des Bundes, die insbesondere für sehbehinderte Menschen zugänglich gemacht werden sollen. Von den Regelungen zur Barrierefreiheit profitieren vor allem auch alte Menschen.

Daneben enthält das Gesetz ein allgemeines Diskriminierungsverbot zugunsten behinderter Menschen für die öffentliche Hand im Bereich der Anwendung von Bundesgesetzen. Behindert ist eine Person nach der Definition des Gesetzes aber nicht erst, wenn die Schwerbehinderteneigenschaft in einem Verfahren festgestellt ist, sondern bereits dann, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Der Bericht stellt zusammenfassend fest, dass das EU-Recht keine Vorschriften enthalte, die sich mit Diskriminierungen wegen des Alters im Sinne der nachberuflichen Lebensphase befassen. Der Bericht behandelt auch die EU-Grundrechtscharta und die dort in Artikel 25 enthaltenen Aussagen zu den Rechten alter Menschen. Er spricht in diesem Zusammenhang u. a. von dem „Entwurf“ einer Charta, „die jedoch noch nicht in Kraft ist“ bzw. „noch keine Geltungskraft“ habe. Diese Formulierungen, die den Eindruck gänzlicher Unverbindlichkeit der Grundrechtscharta vermitteln, sind zumindest missverständlich und werden dem Charakter der Charta nicht gerecht.

Die Grundrechtscharta wurde von einem als „Konvent“ bezeichneten Gremium erarbeitet, das sich aus Mitgliedern des Europäischen Parlamentes, der nationalen Parlamente, Beauftragten der Staats- und Regierungschefs sowie einem Vertreter der EU-Kommission zusammensetzte. Die Grundrechtscharta wurde am 7. Dezember 2000 proklamiert (ABl. C 364 vom 18. Dezember 2000, S. 1). Sie ist derzeit zwar nicht Teil der EU/EG-Verträge und insofern nicht unmittelbar verbindliches Recht, ihre Vorschriften bewirken aber aufgrund der Proklamation der Charta eine Selbstbindung der Gemeinschaft und ihrer Organe. Es ist auch zu erwarten, dass die Inhalte der Charta einen Bezugspunkt für die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs bei der Rechtskontrolle und der Fortentwicklung des Gemeinschaftsrechts im Bereich des Grundrechtsschutzes bilden werden.

Die Bundesregierung beobachtet im Zusammenhang mit dem Anliegen der Nichtdiskriminierung bestimmter Personengruppen, inwieweit gesetzgeberischer Handlungsbedarf, insbesondere aufgrund EU-rechtlicher Regelungen besteht. Dies gilt auch für das Merkmal des Alters.

5.1 Pflegerische Versorgung

5.1.1 Novellierung des Heimgesetzes

Die durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes (BGBl. 2001 I, S. 2970) erfolgte Novellierung des Heimgesetzes dient vorrangig der Verbesserung der Rechtsstellung und des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen sowie der Weiterentwicklung der Qualität der Betreuung und Pflege in Heimen. Ziel ist es, ein an den Grundsätzen der Menschenwürde ausgerichtetes Leben in Heimen zu sichern. Die neuen Regelungen sollen sicherstellen, dass auch Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, auch wenn sie im Rahmen ihrer Lebensführung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, möglichst eigenverantwortlich leben und über ihr Leben selbst bestimmen können.

Die Novellierung hat folgende Schwerpunkte:

– Verbesserung der Rechtsstellung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

  In Heimverträgen wird dadurch vermehrt für Transparenz gesorgt, dass die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, der Betreuung (einschließlich der Pflege) und die weiteren Leistungen jeweils gesondert beschrieben und die dafür jeweils vorgesehenen Entgelte gesondert angegeben werden müssen. Durch die Aufschlüsselung können die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen die verschiedenen Heime und ihre Leistungen besser miteinander vergleichen, außerdem können sie die versprochenen Leistungen besser einfordern (und notfalls einklagen).

Darüber hinaus müssen Entgelterhöhungen im Einzelnen beschrieben und nachvollziehbar begründet werden.

– Weiterentwicklung der Heimmitwirkung

  Der Heimbeirat wird für Dritte geöffnet. In Zukunft können auch Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen (z. B. auch Mitglieder örtlicher Seniorenvertretungen) in den Heimbeirat gewählt werden. Darüber hinaus soll der Heimträger den Heimbeirat zukünftig an Vergütungsverhandlungen sowie an den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen beteiligen.

– Stärkung der Heimaufsicht und Verbesserung ihres Eingriffsinstrumentariums

  Die Heimaufsicht muss in Zukunft jedes Heim grundsätzlich mindestens einmal im Jahr prüfen. Prüfungen können jederzeit sowohl angemeldet als auch unangemeldet und wenn nötig auch nachts erfolgen. Außerdem werden die Regelungen über die Anforderungen an den Heimbetrieb und die Anzeige- und Aufzeichnungspflichten präzisiert und ergänzt.

– Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe

  Zur Verbesserung der Zusammenarbeit bilden Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Sozialhilfeträger Arbeitsgemeinschaften, in denen sie ihre Arbeit soweit wie möglich miteinander abstimmen. Die Zusammenarbeit soll sich u. a. auf die Prüftätigkeit und auf die Verständigung über im Einzelfall notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln oder zur Vermeidung von Fehlern erstrecken.

Die Sachverständigenkommission würdigt nachdrücklich die mit dem neuen Heimgesetz vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970) erzielten Verbesserungen. In der Diskussion um mögliche Probleme beim Leben im Heim sieht die Bundesregierung keinen ausreichenden Grund, Heime als Einrichtungen der Versorgung und Betreuung grundsätzlich infrage zu stellen. Verständlicherweise haben Pressemeldungen über zum Teil gravierende Defizite bei der Betreuung und Pflege in Heimen zu einer Verunsicherung der Bewohnerinnen und Bewohner geführt. Hier kommt es entscheidend darauf an, dass die Grundrechtsverwirklichung auch in Heimen gesichert ist. Der Schutz der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen wird deshalb in dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen neuen Heimgesetz in § 2 Abs. 1 Nr. 1 besonders hervorgehoben und in zahlreichen Einzelvorschriften umgesetzt.

Die Bundesregierung ist unabhängig hiervon offen für eine Diskussion über andere Formen des Wohnens und der Betreuung alter Menschen und von Menschen mit Behinderungen.

Nachdrücklich gestärkt werden mit dem neuen Heimgesetz die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die in Heimen leben. So muss der Träger eines Heims Qualitätssicherungsmaßnahmen dokumentieren, aus denen die für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe erstellten Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung ersichtlich werden.

Der Ausschluss des Betreuten Wohnens aus dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes ist im Rahmen der Beratungen zum Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes intensiv erörtert worden. Die in das Gesetz schließlich eingestellte Formulierung dient dazu, eine Abgrenzung der Heime von Einrichtungen zu ermöglichen, die keine heimmäßige Betreuung und Verpflegung anbieten. Der Schutzbedarf der Nutzerinnen und Nutzer des Betreuten Wohnens wird hierdurch nicht negiert. Ziel der Bundesregierung ist es, auch für diesen Personenkreis einen adäquaten Schutz sicherzustellen. Entsprechend der Empfehlung der Kommission wird die Bundesregierung zunächst die weitere Entwicklung der rechtlichen Situation auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes kritisch beobachten und parallel hierzu erste Erfahrungen mit den praktischen Auswirkungen des neuen Heimgesetzes abwarten.

Über die Notwendigkeit der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs besteht ein breiter Konsens. Maßnahmen zur Sicherung der Heimmitwirkung sind erforderlich, weil wegen zunehmenden Alters, zunehmender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität der Bewohnerschaft in vielen Fällen keine Heimbeiräte gebildet werden können. Ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Heimmitwirkung ist die Öffnung des Heimbeirates für Personen, die nicht im Heim wohnen (Externe). Der Referentenentwurf zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung, der sich zurzeit in der Ressortabstimmung befindet, begrenzt die Zahl der externen Mitglieder im Heimbeirat auf weniger als die Hälfte. Hierdurch wird gewährleistet, dass die Heimbeiräte, die im Heim wohnen, von den Externen nicht überstimmt (majorisiert) werden können.

Hinsichtlich der Quote der externen Personen im Heimbeirat soll einem möglichen Missverständnis vorgebeugt werden. Der Bericht bezeichnet Heimfürsprecher als externe Personen. Externe Mitglieder des Heimbeirats werden nach Maßgabe des Referentenentwurfs zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung ebenfalls von der Bewohnerschaft gewählt und sind Mitglieder des Heimbeirates. Dagegen wird der Heimfürsprecher, der an die Stelle des Heimbeirates tritt, von der Heimaufsichtsbehörde bestellt, wenn gemäß § 10 Abs. 4 des Heimgesetzes ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann.

Die im Bericht zur Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte vorgeschlagene Schulung der Heimbeiräte mit Kostenübernahme ist in § 2 Abs. 2 des Referentenentwurfs zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung bereits vorgesehen: danach sind den Heimbeiräten diejenigen Kenntnisse zu vermitteln, die für ihre Tätigkeit erforderlich sind. Die hierdurch entstehenden angemessenen Kosten hat der Träger zu übernehmen.

Der Bericht regt an, Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes durch die

Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Die der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnisse über die Umsetzung des Heimgesetzes in der Praxis durch die zuständigen Behörden der Länder sind nicht einheitlich. Zur Verbreiterung der Informations- und Datenbasis und zur Verbesserung der Transparenz der Tätigkeit der Heimaufsicht werden die zuständigen Behörden gemäß § 22 Abs. 3 des neuen Heimgesetzes verpflichtet, alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes erstmals im Jahre 2004, danach alle vier Jahre, über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Bericht erstatten (§ 22 Abs. 1 Heimgesetz).

Das novellierte Heimgesetz kann seine volle Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn alle erforderlichen Anstrengungen zur Umsetzung des Gesetzes in der Praxis unternommen werden. Dazu gehört auch eine angemessene personelle Ausstattung der Heimaufsichtsbehörden. Hier stehen die Länder in einer besonderen Verantwortung. Sie müssen die organisatorischen und personellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Heimaufsichtsbehörden ihren Aufgaben zugunsten der Heimbewohnerinnen und -bewohner gerecht werden können. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten die fachliche Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht durch die Erstellung eines Handbuchs.

Der VN-Ausschuss des Internationalen Paktes für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat in seinen Schlussfolgerungen zum 4. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland auf strukturelle Mängel im Pflegebereich hingewiesen und die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert, Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Patienten und Patientinnen in Pflegeheimen zu ergreifen.

Die Erkenntnisse und Zahlen, auf die der Ausschuss seine Schlussfolgerungen stützt, sind überwiegend nicht belastbar. Unabhängig hiervon hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend seit dem Beginn der Legislaturperiode bei der Verbesserung der Qualität in der Pflege ein Schwerpunktthema gebildet. In dieser Legislaturperiode wurden mit den oben genannten Maßnahmen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Leben und Wohnen in Heimen verändert mit dem Ziel, einen besseren Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner im Heim zu erreichen. Künftige Aufgaben sind vorrangig die Überarbeitung der Heimmindestbau- und der Heimmitwirkungsverordnung, die Erarbeitung von Pflege- und Betreuungsstandards sowie die Förderung der bundesweiten Vereinbarung von Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs.

Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass nahezu keine bundesweit verbindlichen Qualitätsstandards für die Altenpflege existieren. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat deshalb damit begonnen, Qualitätsstandards erarbeiten zu lassen. Als erste laufen derzeit Vorbereitungsarbeiten für einen Standard zur Vermeidung von Mangelernährung. Damit werden die Vertragspartner i. S. des SGB XI und des BSHG – Einrichtungsträger und Kostenträger – bei ihrer Aufgabe unterstützt, sich über die Leistungen und über die Qualität der Leistungen zu verständigen. Ob daneben die Schaffung einer unabhängigen nationalen Institution zur Entwicklung und Formulierung von Standards notwendig ist, bedarf einer eingehenden Prüfung auf der Grundlage der Erfahrungen mit dem novellierten Heimgesetz und dem PQsG.

5.1.2 Altenpflegegesetz

Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen verdeutlicht die Kommission die spezifischen Anforderungen an die professionelle Pflege. Die Haltung der Bundesregierung, dass sich die Altenpflege zu einem Gesundheitsfachberuf entwickelt hat, wird durch die Ausführungen über den pflegerischen Aufgabenbereich bestätigt. So stehen die gesundheits- und krankheitsbezogenen Aspekte im Mittelpunkt der Betreuung der überwiegend schwer- und schwerstpflegebedürftigen hochaltrigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Die Kommission weist darauf hin, dass die Pflege sich mit den Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Fähigkeiten, die für das alltägliche Leben benötigt werden, beschäftige. Sie fordert zu Recht eine umfassende Fachkompetenz der Pflegekräfte, die sowohl die soziale Kompetenz, aber insbesondere auch die klinische Beurteilungskompetenz sowie die Fähigkeit zur Pflegeprozesssteuerung umfasst.

Die Bundesregierung hat mit dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, das im November 2000 verkündet wurde, neue Ausbildungsregelungen geschaffen, die diesen Anforderungen Rechnung tragen. So gehört die umfassende und geplante Pflege multimorbider und demenziell oder gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen zum Kernbereich des Ausbildungsspektrums.

Das Gesetz, das von der Kommission dringend gefordert wird, konnte aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichts nicht – wie vorgesehen – zum 1. August 2001 in Kraft treten. Diese Entscheidung geht zurück auf einen Antrag der Bayerischen Staatsregierung, die die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Altenpflegegesetz bestreitet. In einem Normenkontrollverfahren hat das Bundesverfassungsgericht nun über die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes zu entscheiden.

Die Aussetzung der Neuregelungen hat zur Folge, dass die angestrebten Ziele der Verbesserung der Ausbildungsqualität, der Aufwertung der Berufsbildes und der Steigerung der Attraktivität des Ausbildungsberufes derzeit nicht erreicht werden können. Dies erweist sich nicht zuletzt wegen des bereits regional erkennbaren Fachkräftemangels in der Pflege als problematisch. Auch die von der Bundesregierung angestrebten und von der Kommission geforderten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe mit dem Ziel integrierter Ausbildungen im Bereich der Altenpflege und Krankenpflege müssen zurückgestellt werden.

Neben dem Bestreben, die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich durchzuführen, unterstützt die Bundesre-

gierung die von der Kommission ausgesprochene Empfehlung, die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in der gerontopsychiatrischen Pflege zu forcieren. Der Bund hat hier jedoch keine Regelungskompetenz. Diese fällt in die Zuständigkeit der Länder. Gleiches gilt für die Förderung akademischer Pflegeausbildungen, der auch aus der Sicht der Bundesregierung eine hohe Bedeutung sowohl für die Qualitätssicherung der Pflege als auch für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsfeldes zukommt.

5.1.3 SGB XI

Die Pflegeversicherung hat sich zu einem unverzichtbaren Teil unseres Sozialsystems entwickelt. Durch die Einführung der Pflegeversicherung hat die Pflege im Bewusstsein der Gesellschaft einen höheren Stellenwert erhalten. Die Pflege ist zu einem gesellschaftlichen Thema gemacht worden. Dies bestätigt auch die Kommission.

Wie schon im Dritten Altenbericht fordert die Kommission, den Begriff der Pflegebedürftigkeit, der auf die Verrichtungen des täglichen Lebens abstellt, um Hilfebedarfe, die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben, zu erweitern und insbesondere auch Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung für ihren allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zu gewährleisten.

In ihrer Stellungnahme zum Dritten Altenbericht hat die Bundesregierung dargestellt, inwieweit der Hilfebedarf dementer Menschen auch bei der gegenwärtigen Gesetzeslage bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird. Dabei war ihr bewusst, dass der Gesamthilfebedarf geistig behinderter, psychisch kranker und altersverwirrter Menschen oftmals über den Hilfebedarf in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung weit hinausgeht. Dieser weiter gehende Hilfebedarf liegt dann außerhalb der gesetzlich vorgegebenen Systematik der Pflegeversicherung. Er hat somit für die Leistungen der Pflegeversicherung keine Bedeutung, obwohl er einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmachen kann. Deshalb war und ist der Bundesregierung die Notwendigkeit einer Verbesserung der Pflegesituation von demenzkranken Menschen und anderer Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf bewusst.

5.1.3.1 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Die Bundesregierung hat mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz diesen Bedarf nicht nur anerkannt, sie hat vielmehr mit der gesetzgeberischen Initiative auch eine breitere Diskussion angestoßen und erreicht, dass den Problemen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sie eröffnet nun mit den zusätzlich eingeführten gesetzlichen Instrumenten neue Wege zur Versorgung Dementer und zur Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und -strukturen. Mit diesem ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat die Bundesregierung den derzeit zur Verfügung stehenden finanziellen Spielraum in der Pflegeversicherung in vollem Umfang zugunsten dieses Personenkreises ausgeschöpft. Das Maßnahmepaket umfasst ein Finanzvolumen von insgesamt rd. 250 Mio. Euro jährlich.

Es werden nicht nur zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in der Pflegeversicherung vorgesehen, sondern gleichzeitig auch finanzielle Mittel zur Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt. Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen benötigen ein Netz von abgestuften, bedürfnisorientierten, gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere auch ein hoher Bedarf für ein unbürokratisches, niedrigschwelliges Angebot zur Betreuung der dementen Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen besteht. Oft erleichtern gerade diese niedrigschwelligen Angebote den pflegenden Angehörigen den für sie schweren Schritt, erstmals Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen. Daher soll mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung, mitfinanziert durch Mittel der Länder, der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gefördert und damit in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Leistungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf geschaffen werden. Zum anderen sollen aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung gefördert werden.

1. Häuslich Pflegebedürftige, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt hat, erhalten einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Die Mittel sind zweckgebunden einzusetzen, z. B. für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und für niedrigschwellige Betreuungsangebote, also für qualitätsgesicherte aktivierende Betreuungsangebote.

2. Bestehende Beratungsangebote insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige werden verbessert und erweitert, beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.

3. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, soll mit insgesamt 10 Mio. Euro pro Jahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung gefördert werden ergänzend zu einer Förderung durch Länder oder Kommunen in gleicher Höhe, sodass sich insgesamt ein Fördervolumen von rd. 20 Mio. Euro jährlich ergeben kann. Hier geht es zum einen um den Auf- und Ausbau sog. niedrigschwelliger Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für demente Pflegebedürftige, Helferinnenkreise, Tagesbetreuung in Klein- und Kleinstgruppen usw.). Zum anderen sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten einer integrativ ausgerichteten Versorgung und Vernetzung der für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen erprobt werden. Damit werden im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden

Angehörigen Weichen zur Schaffung eines Netzes von abgestuften, bedürfnisorientierten und gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten gestellt. Darüber hinaus können die Spitzenverbände der Pflegekassen mit bis zu 5 Mio. Euro pro Jahr modellhaft personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige erproben.

Flankiert werden sollen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen, die Verständnis für die Situation insbesondere demenziell erkrankter Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnis-orientierte Pflege und Betreuung dieser Pflegebedürftigen vermitteln soll.

5.1.3.2 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

Am 1. Januar 2002 ist das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) in Kraft getreten. Das Gesetz greift zentrale Anliegen zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf. Wesentliches Ziel der Regelungen ist die Sicherung und die Weiterentwicklung der Qualität der Pflege. Übergreifend geht es darum, mit konkreten Maßnahmen pflegebedürftigen Menschen dabei zu helfen,

– trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und

– sich in den „Institutionen“ der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden sowie durch Mitwirkung einen Einfluss auf ihr Lebensumfeld und ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der Änderung des § 75 Abs. 3 SGB XI im Rahmen des PQsG die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Vertragspartner der Pflegeselbstverwaltung als Teil der Rahmenverträge auf Landesebene unter anderem landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten vereinbaren. Dabei ist der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervenssystems zu beachten.

Damit hat die Bundesregierung bereits eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht, die auch in den Hinweisen und Anregungen der Kommission zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz für notwendig und richtig gehalten werden.

Die Kommission empfiehlt die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung. Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Länderministerien die Absolventen/innen grundständiger Pflegestudiengänge als Pflegefachpersonen anzuerkennen und dieses im SGB XI entsprechend zu formulieren.

Hier ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz bereits der § 71 Abs. 3 SGB XI angepasst wurde, um Absolventen/innen betriebswirtschaftlicher oder pflegerisch-wissenschaftlicher Studiengänge die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft zu erleichtern.

Damit wird das Anliegen der Kommission aufgegriffen. Allerdings ist neben dem Studium – im Interesse ausreichender Praxiserfahrung – für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft auch weiterhin eine Fachkraftausbildung erforderlich.

Im Übrigen befasst sich derzeit der Bundespflegeausschuss in drei Arbeitsgruppen mit Fragen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und diskutiert in diesem Zusammenhang auch Vorschläge zu neuen Versorgungsformen und zu einer Veränderung des Pflegebegriffs. Dem Ausschuss gehören die an der Pflegeversicherung beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Spitzenverbände der Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände der behinderten Menschen, die Verbände der privaten ambulanten Dienste und die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime an. Insgesamt sind in dem Ausschuss 53 Institutionen und Verbände vertreten.

Der Bundes-Pflegeausschuss begleitet und berät die Bundesregierung in allen Fragen der Versorgung Pflegebedürftiger (§10 SGB XI).

5.2 Zivilrechtliche Regelungen

5.2.1 Bestellung einer Betreuung

Zum Erhalt und zur Verbesserung oder Wiedergewinnung einer selbstständigen Lebensführung für die alte Generation gehört es auch, die besondere Lebenssituation betreuter alter Menschen zu verbessern und ihre möglichst weitgehende Integration in die Gesellschaft zu erreichen. Die Kommission hat der rechtlichen Betreuung daher zu Recht besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Mit dem Projekt „Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend, in dessen Mittelpunkt die Lebenslage älterer betreuter Menschen steht, kann die Zielsetzung der Bundesregierung wesentlich unterstützt werden.

Die Ausführungen des Berichts hinsichtlich der Bestellung einer Betreuung sind dahin gehend zu konkretisieren, dass eine solche Bestellung immer zwingend die vorherige Einholung eines Sachverständigengutachtens verlangt, das Aussagen zu der Notwendigkeit der Betreuung, dem Umfang der zu übertragenden Aufgabenkreise und der voraussichtlichen Dauer der Betreuungsbedürftigkeit trifft (§ 68b FGG).

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Expertenkommission (s. Empfehlung Nr. 60), dass im Bereich der Altenbetreuung weitere gesetzliche Regelungen

zur vorläufigen Bestellung einer Betreuung für den Beginn oder die Fortführung einer akut notwendigen klinischen Behandlung, der Bestimmung des Aufenthalts/der Unterbringung zwingend notwendig sind. Der Gesetzgeber hat bereits mit den Bestimmungen über die Bestellung einer vorläufigen Betreuung durch einstweilige Anordnung nach § 69 f Abs. 1 FGG und den dazu nachrangigen einstweiligen Maßregeln des Vormundschaftsgerichts nach §§ 1908 i Abs. 1 Satz 1, 1846 BGB dem Bedürfnis zur Regelung sofortigen Handelns in dringenden und keinen Zeitaufschub duldenden Angelegenheiten des/r Betreuungsbedürftigen ausreichend Rechnung getragen. Nach der zuletzt genannten Vorschrift kann das Vormundschaftsgericht selbst unmittelbar alle Maßnahmen treffen, die auch ein Betreuer/eine Betreuerin mit entsprechendem Aufgabenkreis treffen könnte, wenn nicht mehr genügend Zeit verbleibt, eine geeignete (vorläufige) Betreuung zu bestellen und mit einem Aufschub Gefahr für den Betroffenen/die Betroffene verbunden wäre. Es kann beispielsweise im Namen des/r Betroffenen rechtsgeschäftliche Erklärungen abgeben, in eine ärztliche Maßnahme einwilligen oder dessen/deren Aufenthalt/Unterbringung bestimmen.

Ein Vorrang anderer Hilfen gegenüber der Betreuung nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ist in denjenigen Fällen denkbar, in denen der/die Volljährige wirksam einen/eine Bevollmächtigte/n bestellen kann, also geschäftsfähig ist, und einen solchen auch tatsächlich bestellt hat. Bei einer „Zwangsbetreuung“ gegen den Willen des/der Betreuten kommt sie nicht in Betracht.

Im Übrigen hat der/die Betroffene die freie Wahl, die Form anderer Hilfen selbst zu bestimmen. Sind wirksam Vollmachten erteilt und reichen diese für die Wahrnehmung der Aufgaben aus, so kann allenfalls ein Vollmachtsbetreuer nach § 1896 Abs. 3 BGB bestellt werden, soweit der/die Betroffene seine/ihre Rechte gegenüber dem/der Bevollmächtigten nicht (mehr) selbst wirksam wahrnehmen kann und eine solche Überwachung erforderlich ist.

Da grundsätzlich von der Geschäftsfähigkeit des Menschen – auch des alten Menschen – auszugehen ist, wird die Schlussfolgerung des Berichts nicht geteilt, dass häufig nicht feststellbar ist, ob die Vollmachterteilung im Zustand der Geschäftsfähigkeit erfolgte. Es ist nur ausnahmsweise festzustellen, ob der Vollmachterteiler – ausnahmsweise – geschäftsunfähig war.

Der Bericht der Sachverständigenkommission ist insoweit zu ergänzen, dass die Unterbringung des/der Betreuten auch ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB zulässig ist, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Nur in einem solchen Ausnahmefall kommt eine Unterbringung durch den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte auch ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung in Betracht. In diesem Fall ist die Genehmigung nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 BGB unverzüglich nachzuholen.

Gegen die in dem Bericht der Sachverständigenkommission an § 1904 BGB geübte Kritik ist zunächst auf Folgendes hinzuweisen: Die Vorschrift kommt nur dann zur Anwendung, wenn der/die Betreute zum Zeitpunkt der Einwilligungserklärung einwilligungsunfähig ist und es zum Aufgabenbereich des Betreuers/der Betreuerin gehört, entweder in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes des/der Betreuten oder in eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff einzuwilligen sowie Erklärungen abzugeben, die auf den Abschluss entsprechender Verträge gerichtet sind. Ob die genannten Maßnahmen genehmigungsbedürftig sind, hat der Betreuer/die Betreuerin oder der/die Bevollmächtigte zu entscheiden. Sie werden sich dabei an die Auskünfte des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin oder der Ärzte halten, gegebenenfalls aber auch die Beratung des Gerichts in Anspruch nehmen (§ 1837 Abs. 1 Satz 1 BGB), unter Umständen auch die der zuständigen Behörde (§ 4 BtBG). In der Praxis wenden sich Ärzte und Betreuer nur selten an das Vormundschaftsgericht zwecks Genehmigung nach § 1904 BGB. Dafür dürfte auch die Norm selbst ursächlich sein, die den Betreuer/die Betreuerin und den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte nach ihrer Fassung nur dann verpflichtet, die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen, wenn die dort genannten Voraussetzungen (Tod oder schwerer und länger andauernder gesundheitlicher Schaden des/der Betreuten bzw. Vollmachtgebers) tatsächlich gegeben sind und nicht schon dann, wenn daran Zweifel bestehen.

Auch wenn die Voraussetzungen, unter denen das Vormundschaftsgericht die Genehmigung zu erteilen hat, nicht festgelegt sind, ist der vormundschaftsgerichtliche Genehmigungsvorbehalt auf Risikofälle zu beschränken, in denen aufgrund der Maßnahme der Eintritt eines Schadens wahrscheinlich ist und nahe liegt. Hierfür muss eine ernste und konkrete Erwartung der in § 1904 BGB näher bezeichneten Folgen vorliegen. Die entfernte Möglichkeit eines tödlichen Ausganges oder eines schweren oder gesundheitlichen Schadens erfordert nicht die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung des Betreuers/der Betreuerin bzw. des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten. Wenig wahrscheinliche, lediglich nicht auszuschließende Risiken sind genehmigungsfrei. Diese Grundsätze gelten ebenso für alte und kranke Patienten, auch wenn deren Gesundheitszustand im Einzelfall zu einer häufigeren Annahme der Genehmigungspflicht der Maßnahme führen kann. Die von der Sachverständigenkommission geforderte Genehmigungsfreiheit für Standardmaßnahmen in Diagnostik und Therapie ohne besonderes Risiko (Empfehlung Nr. 59) ist aus den vorgenannten Gründen nicht nachvollziehbar, da solche Maßnahmen nach dem Wortlaut des § 1904 BGB bereits von der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungspflicht ausgenommen sind.

Nicht zuletzt wegen der geringen praktischen Relevanz der Vorschrift – häufig müssen die Maßnahmen sofort durchgeführt werden, für eine vorherige Genehmigung bleibt keine Zeit – wird von der Praxis die Streichung der Vorschrift gefordert. Die Frage ist Gegenstand der Reformüberlegungen der auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppen „Reform des Betreuungsrechts“ und „Sterbehilfe“, an denen die Bundesregierung unter Mitwirkung

des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die Vorschläge dieser Arbeitsgruppen bleiben abzuwarten.

Die Bundesregierung sieht im Gegensatz zu der Sachverständigenkommission aus nachfolgenden Gründen kein Bedürfnis dafür, den § 1904 BGB in Fällen der passiven und indirekten Sterbehilfe bezogen auf die Einwilligung des Betreuers/der Betreuerin bzw. des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten entsprechend anzuwenden. Die Vormundschaftsgerichte haben nicht in analoger Anwendung des § 1904 BGB über die Genehmigung einer Einwilligung in einen Behandlungsabbruch zu entscheiden. In methodischer Hinsicht fehlt es bereits an der zur Analogie erforderlichen Regelungslücke. Der Gesetzgeber hat den Behandlungsabbruch als Unterlassen einer ärztlichen Maßnahme angesehen, der nach dem Wortlaut der Norm nicht der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts bedarf. Außerdem sind alle in § 1904 BGB benannten Maßnahmen auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage des Patienten/der Patientin gerichtet, sodass der auf den Tod abzielende Abbruch der Behandlung dem nicht gleichgesetzt werden kann. Einen ausreichenden Schutz erfahren betreute Patienten bereits über die Normen des Strafrechts, die den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte dazu veranlassen, sich ausreichend beraten zu lassen. Eines Genehmigungserfordernisses in Fällen der passiven und indirekten Sterbehilfe bedarf es daher nicht.

5.2.2 Patientenverfügung

Die Ausführungen der Kommission zum Komplex der Patientenverfügung sind aus Sicht der Bundesregierung ergänzungsbedürftig:

Der Betreuer ist in seinem Aufgabenkreis gesetzlicher Vertreter des/der Betreuten, § 1902 BGB, und damit für den/die Betreute/n zuständig. Er hat aber bei der Betreuung Wünsche des/der Betreuten, insbesondere vor der Betreuung geäußerte Wünsche zu berücksichtigen (§ 1901 Abs. 3 BGB). Ihm steht damit die Entscheidung zu, wie die Patientenverfügung auszulegen ist. Missbräuchen ist durch die Aufsicht des Vormundschaftsgerichts zu begegnen.

Ganz allgemein ist zur Patientenverfügung auszuführen: Mit der gesetzlich nicht gesondert geregelten Patientenverfügung kann jeder entscheidungsfähige Mensch vorsorglich, bevor er in eine von seiner Entscheidungsunfähigkeit gekennzeichneten Situation gerät, die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen selbst, unmittelbar und verbindlich steuern. Sie bedarf zu ihrer Wirksamkeit zwar keiner bestimmten Form, sollte aber angesichts der mit ihr bezweckten verpflichtenden Wirkung schon zur Beweissicherung schriftlich erfolgen. Die Patientenverfügung ist bis zu ihrem jederzeit möglichen formfreien Widerruf verbindlich. Sie kann grundsätzlich jeden denkbaren behandlungsbezogenen Inhalt haben, sollte aber das Gebot der Klarheit beachten. Für die inhaltliche Ausgestaltung bietet es sich daher an, Zustände und Diagnosen zwar abstrakt, aber doch möglichst präzise zu umschreiben.

Die Formulierungen der Verfügung sollten erkennen lassen, auf welche Risiken sich der Verfasser/die Verfasserin bei seiner/ihrer Heilbehandlung einlassen möchte. Dabei sollte zwischen den Zuständen mit Aussicht auf einen Heilungserfolg und den aussichtslosen Krankheitsverläufen unterschieden werden. Durch eine in gewissen Zeitabständen vorgenommene schriftliche Bestätigung des Verfügungsinhalts kann die Aktualität der Willensbekundung vergrößert werden. Es empfiehlt sich auch, die erfolgte ärztliche Aufklärung über die in der Patientenverfügung enthaltenen medizinischen Einzelheiten schriftlich festzuhalten und diese von dem Hausarzt bzw. einem anderen Arzt des Vertrauens bestätigen zu lassen. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass der/die Erklärende sich des Inhaltes und der Tragweite seiner/ihrer geäußerten schriftlichen Behandlungswünsche einschließlich ihrer Risiken und Alternativen in vollem Umfang bewusst gewesen ist.

Um ausschließen zu können, dass der ursprünglich erklärte Patientenwille durch den Umgang mit der Krankheit von dem/der Verfügenden nicht mehr gewollt ist, sollte der/die Verfasser/in seine/ihre Festlegungen in einem regelmäßigen Zeitabstand von 6 Monaten bis zu 2 Jahren mit Unterschrift unter Angabe des jeweiligen Datums inhaltlich bestätigen. Solange der/die Verfügende dazu noch in der Lage ist, sollte er/sie insbesondere bei eventuell fortgeschrittenem Krankheitsverlauf den Zeitabstand für die Bestätigung seines/ihres formulierten Willens entsprechend verkürzen. Eine derartige Aktualisierung der Patientenverfügung lässt keinen Raum für die Annahme, dass der/die Erklärende zwischenzeitlich einem Willenswandel unterlegen ist.

Nach überwiegend vertretener und zutreffender Ansicht kommt der Patientenverfügung in Situationen, in denen der/die Betroffene seine/ihre Einwilligung in ärztliche Maßnahmen nicht mehr selbst erklären kann, grundsätzlich Bindungswirkung zu. Die Patientenverfügung ist aber – auch hinsichtlich der gewollten Bindung – auszulegen. Dies rechtfertigt sich mit der Überlegung, dass die Person, die eine Patientenverfügung ohne vorherige ärztliche Aufklärung getroffen hat, möglicherweise nicht hinreichend über Risiken und Alternativen informiert gewesen ist. Es besteht dann die Gefahr, dass der/die Betroffene relevante Umstände in seine/ihre Überlegungen nicht einbezogen hat. Nach der Niederlegung einer Patientenverfügung können sich auch die medizinisch-technischen Möglichkeiten und die Einstellung des/der Betroffenen ändern. Je länger die Patientenverfügung zurückliegt, desto mehr Anlass besteht zu der Frage, ob der/die Betroffene sie noch gelten lassen will. Häufig werden für Patientenverfügungen Formulare verwandt. Hier besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene den Formulartext unkritisch unterzeichnet, ohne dessen Inhalt und Bedeutung hinreichend erfasst zu haben. Schließlich können Patientenverfügungen so allgemein gehalten sein, dass fraglich ist, ob sie auch wirklich die später eingetretene Situation erfassen sollten.

Gibt es hingegen nach einer sorgfältigen Prüfung keine Anhaltspunkte für einen auf die konkrete Situation bezogenen Willenswandel des/der Patienten/in und beruht die Verfügung auf einer hinreichenden ärztlichen Aufklärung für die später tatsächlich vorgenommene ärztliche Maßnahme, so

haben die Entscheidungszuständigen (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Betreuer/Betreuerinnen, Bevollmächtigte) dem manifestierten und eindeutig erklärten Patientenwunsch Folge zu leisten, wenn im Zeitpunkt der Äußerung des Willens eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestand. Für ein besonderes Gewicht der in der Patientenverfügung zutage tretenden Überzeugung kann im Übrigen sprechen, dass der/die Erklärende bei der Verfügung einen gewissen formellen Aufwand betrieben hat, etwa mit Zeugen bzw. Angehörigen gehandelt oder die Form der notariellen Beurkundung gewählt hat.

Hinsichtlich einer möglichen Betreuung sollte in erster Linie der Wille des oder der Betroffenen berücksichtigt werden. Weiterhin sind auch die zur Verfügung stehenden staatlichen Ressourcen zu berücksichtigen. Staatliche Mittel sollten denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sie benötigen. Wer durch Vollmachten seine Angelegenheiten selbst regeln kann, bedarf staatlicher Hilfe nicht. Der Empfehlung der Kommission bezüglich einer Bevorzugung der staatlich angeordneten Betreuung (Nr. 61) kann die Bundesregierung nicht folgen. Sie geht vom Grundsatz der Geschäftsfähigkeit auch des alten Menschen aus. Eine Betreuung ist bei Vorliegen einer Vollmacht nicht zu bestellen.

Zur Kommissionsempfehlung Nr. 62 ist zu erläutern, dass die Betreuung an Wünsche des/der Betreuten nach Maßgabe des § 1903 BGB gebunden ist. Der/die Betreuer/in hat die Patientenverfügung auszulegen und zu entscheiden, ob sie noch gilt.

Auch die im Bericht neben der Vollmacht angesprochene Betreuung ist nur in der Form der Kontrollbetreuung (§ 1896 Abs. 3 BGB) denkbar. Ansonsten darf bei einer umfassenden, die Defizite abdeckenden Vollmacht wegen des Subsidiaritätsgrundsatzes (§ 1896 Abs. 2 BGB) keine Betreuung bestellt werden.

Ergänzend ist anzumerken, dass der Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB sich nur auf Willenserklärungen des/der Betreuten und Vollmachtgebers erstreckt, nicht aber auf rein tatsächliches Handeln oder Zustimmungen zu Rechtsgutsverletzungen. Bei Einwilligungen in ärztliche Maßnahmen handelt es sich aber nicht um Willenserklärungen, sondern um Erklärungen eigener Art, die nicht Gegenstand eines Einwilligungsvorbehalts sein können.

Die Frage, ob ein Bedürfnis für die gesetzliche Regelung von Vorsorgevollmachten in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenverfügungen besteht, ist derzeit Gegenstand der Reformüberlegungen der auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppen „Reform des Betreuungsrechts“ und „Sterbehilfe“, an denen die Bundesregierung unter Mitwirkung des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die erarbeiteten Vorschläge dieser Arbeitsgruppen bleiben abzuwarten.

5.3 Verfassungsrechtliche Regelungen

Den Empfehlungen der Sachverständigenkommission zum Verfassungsrecht (Nr. 57 und 58) ist zuzustimmen. Ein Bedarf für ein ausdrückliches verfassungsrechtliches Verbot der Diskriminierung wegen des Alters besteht auch aus Sicht der Bundesregierung nicht. Den Belangen alter Menschen wird bereits jetzt in der gebotenen Weise Rechnung getragen, insbesondere durch das aus Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG hergeleitete allgemeine Persönlichkeitsrecht, den allgemeinen Gleichheitssatz des Artikels 3 Abs. 1 GG, durch die Wirkungen des aus Artikel 20 Abs. 1 GG folgenden Sozialstaatsprinzips und, sofern eine Behinderung vorliegt, durch das Diskriminierungsverbot des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 GG.

5.4 Strafrechtliche Regelungen

Die Rolle des Opfers im Strafverfahren hat sich durch verschiedene Gesetzgebungsvorhaben in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Aufbauend auf dem ersten Gesetz zur Verbesserung der Stellung des/der Verletzten im Strafverfahren (Opferschutzgesetz) vom 18. Dezember 1986 und mit dem Gesetz zum Schutz von Zeugen bei Vernehmungen im Strafverfahren und zur Verbesserung des Opferschutzes (Zeugenschutzgesetz) vom 30. April 1998 sowie mit dem Gesetz zur strafrechtlichen Verankerung des Täter-Opfer-Ausgleichs vom 20. Dezember 1999 wurden die Interessen der Opfer von Straftaten noch stärker in das Zentrum des Strafverfahrens gerückt und die Stellung des Opfers vom bloßen Beweismittel hin zum Verfahrensbeteiligten weiter ausgebaut.

Hier soll insbesondere auf das Zeugenschutzgesetz hingewiesen werden, durch das der so genannte Opferanwalt/die Opferanwältin in der StPO geregelt worden ist. Gemäß §§ 397a Abs. 1 und 406g Abs. 3 StPO ist den Opfern von Sexual- und versuchten Tötungsverbrechen sowie kindlichen Opfern von Sexualdelikten oder einer Misshandlung von Schutzbefohlenen auf Antrag ohne Rücksicht auf die eigenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse ein anwaltlicher Beistand auf Staatskosten zu bestellen. Diese Regelung gilt auch für Opfer eines Verbrechens des schweren Menschenhandels. Damit wird diesen besonders schutzbedürftigen Opfern die Wahrnehmung ihrer Interessen erleichtert.

Darüber hinaus kann sich das gem. § 395 StPO nebenklageberechtigte Opfer jederzeit eines Anwalts/einer Anwältin bedienen. Liegen die Voraussetzungen für die Bestellung eines Anwalts/einer Anwältin auf Staatskosten nicht vor, so kann Prozesskostenhilfe gem. § 397a Abs. 2 StPO i. V. m. §§ 114 ff ZPO beantragt werden. Deren Gewährung hängt jedoch von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen ab.

Insoweit sind die Ausführungen des Vierten Altenberichts hinsichtlich des mangelnden anwaltlichen Beistands und auch des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs inzwischen überholt. Die Quelle, auf die sich diese Aussage wohl stützt, datiert aus dem Jahre 1995, also vor dem Zeugenschutzgesetz aus dem Jahre 1998.

Auch im Rahmen der derzeit in Angriff genommenen StPO-Reform bildet der Opferschutz einen zentralen Schwerpunkt. Unter anderem sollen Opfer noch besser über den Gang des Strafverfahrens informiert werden. Insgesamt ist beabsichtigt, die Stellung des Opfers hin zum Verfahrens-

beteiligten weiter voranzutreiben und seinen berechtigten Interessen, Wiedergutmachung und Genugtuung zu erfahren, Rechnung zu tragen.

Zu der thematisierten Rolle der Opferzeugen ist anzumerken, dass es in vielen Städten inzwischen Opferberatungen und Zeugenberatungsstellen gibt und dass dieses Netz immer weiter ausgebaut wird. Beispielhaft sei nur die baden-württembergische Landesstiftung Opferschutz, die Landesstiftung „Rheinland-Pfalz für Opferschutz“ sowie die Stiftung Opferhilfe Niedersachsen genannt.

Kampagnen wie die von einer Versicherungsgesellschaft und einer Opferhilfeorganisation ins Leben gerufene Gemeinschaftsaktion „jederzeit hilfsbereit“ (vgl. Versicherungswirtschaft Heft 22/2001) zeigen, das sich Mitmenschlichkeit und Verantwortung auch auf die Opfer von Straftaten erstrecken und im öffentlichen Bewusstsein präsenter werden, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Das dürfte auch auf Einrichtungen mit präventivem Schwerpunkt, psychosoziale Beratungsstellen sowie kommunale Hilfseinrichtungen ausstrahlen. Daneben stehen über ein Netzwerk verfügende Organisationen wie beispielsweise die Caritas, das Diakonische Werk, die Arbeiterwohlfahrt, der Weiße Ring und der Arbeitskreis der Opferhilfe (ado) mit ihren einzelnen Anlaufstellen bereit, in geeigneten Fällen Hilfe, Beratung und Unterstützung zu gewähren.

Die geschilderten Opfersituationen bei alten Menschen zeigen nach Auffassung der Bundesregierung, dass im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der einzelnen Opferlagen kaum ein Handlungsbedarf des Gesetzgebers nahe liegt. Einzelne Problemlagen sind auch eine Folge unzureichender Informationen. Dem versucht eine, von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitete „Opferfibel – Rechtswegweiser für Opfer einer Straftat“ abzuhelfen.

Die Bundesregierung ist sich mit der Kommission einig hinsichtlich der Ablehnung der Einführung eines eigenen „Altenstrafrechts“. Wie die Kommission sieht sie die bereits vorhandenen Möglichkeiten des geltenden Rechts als ausreichend an, um ggf. auftretende Besonderheiten bei der Behandlung von Straftaten alter Menschen zu erfassen. Nicht nachvollziehbar ist indessen die Aussage des Berichts, dass bei alten Straftätern „vielfach“ Probleme der Schuldfähigkeit vorhanden seien bzw. übersehen würden. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, die eine derartige Quantifizierung rechtfertigen könnten. Da auch der Bericht selbst, soweit ersichtlich, diese Aussage nicht belegt, begründet sie eher die Gefahr einer verfehlten Stigmatisierung alter Menschen, gegen die sich der Bericht im Übrigen zu Recht verwahrt.

Zum Vorschlag der Kommission, bei schuldfähigen Tätern/innen möglicherweise an eine besondere Art des Strafvollzuges, etwa an ein Festhalten im offenen Vollzug, im Heim statt im Gefängnis oder auch im Hausarrest zu denken, ist zu sagen, dass auch bei hochaltrigen Gefangenen eine individuelle Vollzugsplanung notwendig ist. In der Gruppe der hochaltrigen Gefangenen befinden sich Menschen mit unterschiedlichen physischen und psychischen Voraussetzungen. Die Unterbringung im offenen Vollzug kommt beispielsweise in Betracht, wenn sich die Gefangenen hierfür eignen, also nicht zu befürchten ist, dass sie die gewährten Freiheiten missbrauchen. Für kranke oder therapiebedürftige Gefangene stehen besondere (sozialtherapeutische) Abteilungen oder Anstalten zur Verfügung. Grundsätzlich können hochaltrige Gefangene aber auch, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, in einer eigenen Anstalt untergebracht werden, in der auf die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen in besonderer Art und Weise Rücksicht genommen wird. Die Einrichtung derartiger Anstalten steht im Ermessen der Länder. Die Möglichkeit des Hausarrestes besteht derzeit weder für hochaltrige noch für andere Gefangene.

5.5 Sozialrechtliche Regelungen

Der kritischen Aussage der Sachverständigenkommission, dass die Regelungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch die Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung kaum lösen können, ist Folgendes entgegenzuhalten. Durch Artikel 10 Nummer 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (SGB IX) wurde § 32 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ geändert. Danach steht die vorläufige Leistungserbringung, die bisher die Ausnahme darstellte, nicht mehr im Ermessen der Pflegekasse. Seit 1. Juli 2001 besteht für die Pflegekasse eine grundsätzliche Vorleistungspflicht, wenn die sofortige Leistungserbringung erforderlich ist. Weitergehende Abstimmungen zwischen den beiden Rechtsbereichen hätten das Gesetzgebungsvorhaben SGB IX überfordert und wurden daher zurückgestellt.

Eine wichtige Verbesserung für die Lebenssituation alter Menschen bedeutet die Grundsicherung, die ab 1. Januar 2003 eingeführt wird. Vor allem alte Menschen machen Sozialhilfeansprüche oft nicht geltend, weil sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten. Diese Hauptursache für verschämte Altersarmut wird durch das im Rahmen der Rentenreform eingeführte Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) beseitigt. Das GSiG tritt am 1. Januar 2003 in Kraft und ist gegenüber dem BSHG vorrangig. Anspruch auf Grundsicherung haben u. a. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und bedürftig sind. Die Grundsicherungsleistung ist so bemessen, dass sie der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz entspricht, wobei die einmaligen Leistungen in Höhe von 15 % des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes pauschaliert werden. Im Gegensatz zum Sozialhilferecht findet gegenüber Kindern bzw. Eltern mit einem Jahreseinkommen unter 100 000 Euro kein Unterhaltsrückgriff statt, wenn ihre Angehörigen die Grundsicherung in Anspruch nehmen. Des Weiteren wird bei der Grundsicherung – im Gegensatz zum Sozialhilferecht – nicht zulasten der Antragsberechtigten vermutet, dass sie, wenn sie mit Verwandten oder Verschwägerten in Haushaltsgemeinschaft leben, von diesen auch Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten.

Einer Klarstellung bedürfen die Ausführungen der Kommission zur Trägerschaft von Pflegeversicherung auf der

einen und von Rehabilitation auf der anderen Seite. Die Träger der Pflegeversicherung sind nicht auch Rehabilitationsträger im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. Auch die Behauptung, der Träger der Leistungen zur Teilhabe ist gleich der Träger der Rentenleistung, trifft nicht auf alle Fälle zu. So kann die Bundesanstalt für Arbeit für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig und bei nicht erfolgreichem Abschluss von der Rentenversicherung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten sein.

Von der Bundesregierung bereits aufgegriffen worden ist die von der Kommission erhobene Forderung einer Einbindung der Träger der Pflegeversicherung in die Zielsetzungen des SGB IX. Diese Einbindung wurde mit den Regelungen im Neunten und im Elften Buch Sozialgesetzbuch bereits teilweise umgesetzt (z. B. §§ 18 und 32 SGB XI). Weiter gehende Einbeziehungen der Träger der Pflegeversicherung waren im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens SGB IX nicht zu leisten.

Der gleichfalls geforderten wissenschaftlichen Begleitung der Gesetze wird mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch Rechnung getragen. Nach § 66 SGB IX ist die Bundesregierung verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2004 dem Bundestag und dem Bundesrat einen Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vorzulegen. Hierbei sollen nach der Bewertung und Darstellung der Ergebnisse gegebenenfalls weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden, die die Regelungen des SGB IX weiter fortentwickeln.

Der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen hat nach § 64 Abs.1 Nr. 2 SGB IX die Aufgabe, Maßnahmen zur Evaluierung der im SGB IX getroffenen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung anzuregen und zu koordinieren und als forschungsbegleitender Ausschuss das Ministerium bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien zu unterstützen.

Mithilfe von Forschungsvorhaben sollen vorrangig zu den Themenschwerpunkten

– Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen,
– Behinderte Frauen und berufliche Teilhabe unter der besonderen Berücksichtigung der Familienarbeit und
– Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs für Leistungen

vorhandene Erkenntnislücken geschlossen, benötigte Entscheidungshilfen gefunden und auch der nach § 66 SGB IX zu erstellende Bericht der Bundesregierung vorbereitet werden.

Die Empfehlung der Kommission (Nr. 68), den Behindertenbegriff des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zu überprüfen, wird zurzeit auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Entwurf eines Bundesgleichstellungsgesetzes diskutiert. Der Deutsche Bundestag hat dazu einstimmig einen Entschließungsantrag angenommen, in dem die Bundesregierung gebeten wird, im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Verbänden behinderter Menschen zu bilden, die sich ausgehend von der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Behinderungsbegriff befasst, und die Ergebnisse im Rahmen ihres Berichtsauftrages nach § 66 SGB IX vorzustellen.

II. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

Vorwort

Zum Arbeitsauftrag der Kommission und seiner Bedeutung

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingesetzte Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht der Bundesregierung trat am 28. Juni 2000 zu ihrer konstituierenden Sitzung in Berlin zusammen. Das der Kommission vorgegebene Thema lautete:

„Risiken im hohen Alter unter besonderer Berücksichtigung von Demenz – Herausforderungen an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“. Dieses Thema wird markiert durch ein zentrales Phänomen des demographischen Wandels unserer Gesellschaft, nämlich die bereits im Gange befindliche und künftig mit noch verstärkter Dynamik zu erwartende Zunahme des Bevölkerungsanteils Hochaltriger in Deutschland und in Europa. Sehr alte Menschen sind schon heute in unserer Gesellschaft zahlreich vertreten und sie werden es in Zukunft immer mehr sein. Die Gesellschaft wird dies nicht nur wahrnehmen müssen, sie wird auch auf diese Herausforderung angemessen zu reagieren haben. Mancher üblicher Verdrängungsprozess gegenüber dem Alter und dem hohen Alter und manche ökonomisch begründete Fetischierung bestimmter Lebensphasen, wie es gegenwärtig mit der Jugend geschieht, wird sich in Frage stellen lassen müssen. Der lebensphasenübergreifende und -integrierende Zusammenhalt einer Gesellschaft wird nicht mehr artikuliert werden können mit dem Bild eines rein ökonomisch definierten Generationenvertrages, in dem es die Erwerbstätigen als Gebende und die Kinder und die Alten als nur Nehmende gibt.

Die gesellschaftliche Wirklichkeit des Gebens und Nehmens der Generationen ist komplexer als es die einfache Vorstellung eines Transfers von Jung zu Alt und von den Erwerbstätigen zu den nicht – mehr – Erwerbstätigen suggeriert. Wie neuere Studien offen legen, leistet im Allgemeinen die ältere Generation im Rahmen ihrer Möglichkeiten meist bis ins hohe Alter materielle Unterstützung an ihre Kinder und Enkelkinder und hinterlässt ihnen – im historischen Vergleich – erhebliche Ersparnisse und Güter. Zugleich tragen die Familien die Hauptlast bei der Unterstützung hochaltriger Menschen, wenn diese hilfs- und pflegebedürftig werden. Gerade wenn sie demenziell erkrankt sind, werden alte und sehr alte Menschen häufig zu Hause, in der Familie, von Kindern und in Gemeinschaft mit ihren Partnerinnen und Partnern versorgt und betreut. Die Mehrzahl der pflegenden Partnerinnen und Partner sind selbst höheren Alters und auch nicht wenige der Kinder, die eine solche Aufgabe übernehmen, sind bereits im Rentenalter oder an dessen Schwelle. Diese „Alterslast“, die ökonomisch nicht beziffert wird (obwohl sie bezifferbar wäre), ist eine schwere und oft mühsame Aufgabe, die sich diejenigen aufbürden oder aufbürden müssen, für die das soziale, pflegerische und medizinische Versorgungssystem keine adäquaten Unterstützungen und Förderungen bereit hält.

Diese mangelnde Unterstützung und Förderung hat auch mit dem Bild der Familie in unserer Gesellschaft zu tun. Dieses Bild ist von der kindererziehenden Familie und der gesellschaftlichen Sorge hierfür geprägt. Die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland stellt zwar allgemein die Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung, wendet sich dann aber speziell der Erziehung der Kinder und dem Mutterschutz zu. Sicherlich hatte die Bundesrepublik Deutschland in der Förderung der kindererziehenden Familien lange Zeit Nachholbedarf. Dabei geraten aber diejenigen Familien und Familienangehörigen an den Rand der gesellschaftlichen Wahrnehmung, die nicht (mehr) Kinder aufziehen, sondern alte, kranke, gebrechliche Menschen betreuen. Dieses An-den-Rand-geraten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung wird zur augenscheinlichen Vernachlässigung dort, wo die Betreuung demenziell erkrankter Menschen von den sozialen Sicherungssystemen nicht nur nicht anerkannt wird, sondern kaum gesehen wird. So wird seit langem beklagt, dass weder die Gesetzliche Krankenversicherung noch die Soziale Pflegeversicherung angemessen auf die familiäre Betreuungs- und Versorgungssituation

hochaltriger und demenziell erkrankter Personen reagieren. Auch das fast zeitgleich mit der Übergabe dieses Vierten Altenberichts an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kraft getretene Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vermag dieser Situation nur wenig Abhilfe zu leisten. Das verfassungsrechtliche Gebot des Schutzes der Familie, das der kindererziehenden Familie mittlerweile zu angemessener Unterstützung verholfen hat, muss auch für die pflegenden und betreuenden Familien und Familienangehörigen zur wirksameren Geltung kommen.

Nicht nur das Alter, auch das hohe Alter hat kein einheitliches Bild. Die Wissenschaften haben schon seit langem erkannt, dass die über 65-Jährigen keineswegs eine einheitliche, homogene Gruppe sind, sondern dass große Unterschiede hinsichtlich der Befindlichkeit, psychischen und körperlichen Gesundheit zwischen alten Menschen gleichen Geburtsjahrganges ebenso wie zwischen unterschiedlich alten Menschen bestehen. Dieses schon in den Alltagserfahrungen erkennbare Phänomen wird in der Gerontologie als die mit dem Alter zunehmende interindividuelle Varianz bezeichnet.

Die Evidenz biologischer, psychologischer, sozialer und epidemiologischer Daten führten in der Gerontologie – ausgehend von Forschungen in den Vereinigten Staaten von Amerika – Mitte der 80er-Jahre dazu, die „jungen Alten“ von den „alten Alten“ zu unterscheiden und damit der dritten Lebensphase eine vierte folgen zu lassen. Eine scharf zu definierende Grenze gibt es jedoch nicht. Der Vierte Altenbericht definiert pragmatisch den Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren als den Beginn des hohen Alters. Der Übergang lässt sich am deutlichsten am Anstieg der Multimorbidität und der zunehmenden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ablesen. Diese statistischen Zusammenhänge und die Fixierung hierauf überschatten die eigentlich frohe Botschaft des demographischen Wandels, dass nämlich heute schon sehr viele und in Zukunft noch mehr Menschen ein langes Leben und Erleben der Hochaltrigkeit erwarten können.

Eine einseitig negative Perspektive auf das hohe Alter löst nicht nur individuelle Ängste, sondern auch Befürchtungen der Gesellschaft vor den mit der Zunahme der Zahl der Hochaltrigen auf sie zukommenden Lasten der Versorgung aus. Solche Ängste und Befürchtungen werden noch dadurch verstärkt, dass das allgemeine Gewahrwerden des demographischen Wandels verbunden ist mit der Erkenntnis, dass unsere tradierten und über ein Jahrhundert bewährten sozialen Sicherungssysteme in ihren Funktionsweisen nicht nur durch die demographischen Veränderungen, sondern auch durch globale und strukturelle wirtschaftliche Veränderungen bedroht sind. Dieser noch immer wirksame und aktuelle Hintergrund war auch während der Kommissionsarbeit stets präsent. Die Kommission sah sich deshalb veranlasst, diesen grundlegenden Fragen in einem Kapitel zur Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen nachzugehen. Auch hier ist die Kommission auf einen Befund gestoßen, der ihrer gesamten Arbeit zugrunde lag: Die Befassung mit den Problemen der Hochaltrigkeit gerade in der Spezialität dieser Probleme ist notleidend. Auch die Ethik befasst sich erst ansatzweise im Zusammenhang mit den Themen der Transfergerechtigkeit und der Generationensolidarität mit den Phänomenen der Hochaltrigkeit.

Die Diskussionen in der Kommission waren davon gekennzeichnet, das hohe Alter realistisch zu sehen und die mit ihm verbundenen Risiken und Gefährdungen nicht zu verharmlosen, aber gleichzeitig auch den ihm innewohnenden Lebenssinn und die auch in dieser Lebensphase vorhandenen Potenziale hervorzuheben.

Zur Gliederung und zum Inhalt des Vierten Altenberichts

Der Vierte Altenbericht ist in sechs Kapitel gegliedert. Das erste Kapitel führt in das Thema ein, gibt einen kurzen historischen Abriss, auf dessen Hintergrund eine Begriffsbestimmung der Hochaltrigkeit gegeben wird, und erläutert – soweit bekannt – die biologische Voraussetzung der Langlebigkeit und deren gesellschaftliche Bewertung. Schließlich werden die Leitbilder der Kommission expliziert.

Das zweite Kapitel gibt eine Analyse der Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Dies geschieht mit Blick auf Deutschland, schließt aber auch einen internationalen Vergleich ein. Das Ziel ist, Schwerpunkte und Lücken der bisherigen Forschung zu zeigen.

Die beiden folgenden Kapitel markieren mit ihrem Umfang auch die Bedeutung der angesprochenen Inhalte. Im dritten Kapitel geht es um Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters, mit dem Ziel, verfügbare autonome Fähigkeiten und Strategien zur Be-

wältigung von kritischen Lebenssituationen herauszustellen, über welche die Hochaltrigen selbst verfügen. Das vierte Kapitel mit dem Titel „Interventionen – Strukturen und Strategien“ versucht, den gegenwärtigen Stand und den für die Zukunft für notwendig erachteten Ausbau heteronomer Bewältigungsstrategien und -potenziale zu bestimmen. Es werden familiale Ressourcen, außerfamiliale, freiwillige, soziale Unterstützung, umweltliche und technische Ressourcen, die medizinische und die pflegerische Versorgung jeweils gesondert und ausführlich betrachtet; ein spezielles Unterkapitel ist der Therapie der Demenz gewidmet. Ein letzter Abschnitt dieses Kapitels behandelt die gerade für die Zielgruppe dieses Altenberichts so notwendige Kooperation, Integration und Vernetzung nicht professioneller und professioneller Unterstützungs- und Versorgungsangebote.

Das fünfte Kapitel befasst sich mit der Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf dem Gebiet des Internationalen Rechts, des Verfassungsrechts, des Zivil- und Strafrechts, schließlich des Sozialrechts, des Heimrechts und des Rechts der behinderten Menschen. Wichtige neue Gesetze in der gegenwärtigen Legislaturperiode, so das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und Änderungen bestehender Gesetze (Drittes Änderungsgesetz zum Heimgesetz; zum SGB XI: Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) haben während der Zeit der Kommissionsarbeiten manche ursprüngliche rechtliche Forderung obsolet werden lassen.

Im sechsten Kapitel geht es um die ethische Verpflichtung zur Solidarität mit Hochaltrigen und ihrer Begründung. Hieraus werden Folgerungen für die Sicherung des Zuganges zur gesundheitlichen Versorgung und zur Inanspruchnahme der Familie für die Versorgung insbesondere demenziell erkrankter alter Menschen gezogen. Sehr konkret hat die Kommission zur Diskussion um Lebensverlängerung, Leidensminderung, des „assistierten“ Suizids und der aktiven Sterbehilfe Stellung genommen. Dies wird auch in der einzigen aus diesem Kapitel abgeleiteten Empfehlung deutlich.

Dieser Altenbericht will auch einen Beitrag zu einer realistischen Wahrnehmung der Erscheinungen des hohen Alters, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, leisten. Dieser Beitrag ist notwendig, um Schwächen und Stärken dieser Personengruppe in ihrer Differenziertheit wahrnehmen zu können. Hochaltrigkeit ist nicht per se Schwäche, aber sie kann aufgrund des Zusammentreffens individueller und sozialer Faktoren erhöhte Verletzbarkeit bedeuten. Hochaltrigkeit ist auch nicht per se Stärke, nur weil gesundheitliche, genetische oder soziale Bedingungen einen Menschen zu einem hohen Alter geführt haben. Trotzdem bedarf der hochaltrige Mensch wie jeder andere Mensch dann der besonderen Sorge der Gesellschaft, wenn er sich aufgrund seiner Schwäche nicht mehr selbst helfen kann. So gesehen, hat der hochaltrige schwache Mensch den gleichen Anspruch auf Schutz wie jeder andere Mensch in dieser Gesellschaft, der auf deren Hilfe angewiesen ist. Es gibt in dieser Gesellschaft und in der ihr gegebenen Verfassungsordnung keinen Grund, einen Menschen wegen des Alters oder des hohen Alters aus der Solidarität zu verbannen.

Das zentrale Anliegen dieses Altenberichts ist es, dem Leben im hohen Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu gewährleisten und für die entsprechende gesellschaftliche Akzeptanz zu sorgen.

Zur Arbeit der Kommission

Die Arbeit der Kommission lässt sich folgendenermaßen beschreiben: Sie trat während ihrer 1½-jährigen Tätigkeit zu 14 ein- bis mehrtägigen Sitzungen zusammen. Zusätzlich tagte Mitte Dezember 2001 ein aus fünf Kommissionsmitgliedern bestehendes Redaktionsteam, höchst wirksam von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle am DZA unterstützt. Es fanden zwei Expertenanhörungen statt und es wurden elf schriftliche Expertisen zu speziellen Fragen von einschlägig ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und fünf schriftliche Zuarbeiten eingeholt. Die Themen der Expertisen und Zuarbeiten sind weiter unten aufgelistet. Die Kommission hat entschieden, die meisten Expertisen zu veröffentlichen, was Ausdruck sowohl ihrer Qualität als auch des Interesses ist, auf das sie nach Ansicht der Kommission stoßen dürften.

Die Arbeit in der Kommission wurde trotz des relativ großen Zeitdruckes, der auf ihr lastete, von allen Mitgliedern als stimulierend, fruchtbar und harmonisch empfunden. Die nachfolgende Übersicht führt diejenigen Mitglieder der Kommission und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle an, die für die Erstfassung der Texte und die Einarbeitung der Diskussionsergebnisse aus den Kommissionssitzungen verantwortlich waren.

Kapitel	Kapitelüberschrift	Autoren
Kapitel 1	Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung	PD Dr. Clemens Tesch-Römer Prof. Dr. Siegfried Kanowski Heribert Engstler, M. A.
Kapitel 2	Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz	PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Kapitel 3	Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters	
3.1	Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger	PD Dr. Clemens Tesch-Römer
3.2	Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	Heribert Engstler, M. A. Dipl.-Soz.-Wiss. Holger Adolph Dipl.-Päd. Heike Heinemann
3.3	Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen	Klaus Großjohann
3.4	Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
3.5	Epidemiologie der Erkankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter	Prof. Dr. Herman Brenner Prof. Dr. Siegfried Weyerer Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
3.6	Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz	PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer Dr. Jan Wojnar
3.7	Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter	Prof. Dr. Siegfried Weyerer Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
Kapitel 4	Interventionen – Strukturen und Strategien	
4.1	Einleitung	Prof. Dr. Siegfried Kanowski
4.2	Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger	PD Dr. Clemens Tesch-Römer Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
4.3	Außerfamiliale soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement	Dr. Jan Wojnar
4.4	Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger	Dr. Jan Wojnar Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
4.5	Medizinische Versorgung	Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen Prof. Dr. Siegfried Kanowski Dipl.-Soz.-Wiss. Holger Adolph
4.6	Pflegerische Versorgung	Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
4.7	Therapie der Demenz	PD Dr. Ralf Ihl
4.8	Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote	Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Kapitel 5	Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung	
5.1	Überblick	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.2	Alter und hohes Alter als rechtlicher Schuztbelang	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.3	Zivilrechtliche Rahmenbedingungen	Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
5.4	Strafrecht	Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
5.5	Sozialrecht	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.6	Heimgesetz	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.7	Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)	Prof. Dr. Gerhard Igl
Kapitel 6	Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen	Prof. Dr. Siegfried Kanowski Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber Prof. Dr. Gerhard Igl

Der besondere Dank der Kommission gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle im DZA. Sie bewältigten nicht nur alle organisatorischen Arbeiten präzise und „geräuschlos“, und brachten ihre wertvollen Erfahrungen aus der Erstellung des Dritten Altenberichts mit ein, sondern stellten der Kommission auch ihr breites und hervorragendes wissenschaftliches Fachwissen in den Diskussionen zur Verfügung und machten es zur Grundlage kreativer Textgestaltung. Herr Engstler und Herr Adolph sowie Frau Heinemann sollten hier ausdrücklich genannt werden.

Gedankt sei auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Instituten, die die Arbeit des jeweiligen Kommissionsmitgliedes unterstützt haben.

Das Ergebnis dieser interdisziplinären Arbeit wurde am 15. Januar 2002 der auftraggebenden Bundesministerin, Frau Dr. Christine Bergmann, überreicht.

Die Kommission hofft, dass der Vierte Altenbericht Politikerinnen und Politiker, Fachinteressierte und eine breite Öffentlichkeit erreicht, zum kritischen Nachdenken über die ausgesprochenen Empfehlungen anregt und damit hilft, das Wohl der Menschen, von denen in Zukunft die meisten Hochaltrigkeit erleben werden, zu befördern.

Januar 2002

Für die Kommission:

Prof. Dr. med. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)
Prof. Dr. jur. Gerhard Igl (stellv. Vorsitzender)

Mitglieder der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Hermann Brenner
Deutsches Zentrum für Alternsforschung (DZFA)
Abteilung Epidemiologie
Heidelberg

Klaus Großjohann
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
Köln

Prof. Dr. Gerhard Igl (stellvertretender Vorsitzender)
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa
Universität Kiel

PD Dr. Ralf Ihl
Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
FB Gesundheitswesen/Wolfsburg
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
Juristische Fakultät
Universität Göttigen

Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Evangelisches Geriatriezentrum
Charité Campus Virchow Klinikum der
Humboldt Universität Berlin

PD Dr. Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin

Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Dr. Jan Wojnar
Psychiatrischer Dienst „pflegen & wohnen“
Hamburg

Geschäftsstelle der Kommission*

Heribert Engstler, M.A. (Geschäftsführung)

Dipl. Sozialwissenschaftler Holger Adolph (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Dipl. Geografin Julia Gerometta, bis April 2001 (Sachbearbeitung)

Dipl. Pädagogin Heike Heinemann, ab August 2000 (Wissenschaftliche Mitarbeiterin
und Sachbearbeitung)

Kontaktanschrift:

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Tel.: 030/786 042–76 Fax: 030/785 43 50

E-mail: adolph@dza.de heinemann@dza.de

Liste der schriftlichen Expertisen und Zuarbeiten

Karl Aeffner, Thorsten Doering, Gisela Charlotte Fischer, Ulrike Junius, Matthias Karst, Christina Niederstadt, Anette Riesberg & Sophia Thies-Zajonc
Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger*

Florian Buchner, Franz Hessel, Stefan Greß & Jürgen Wasem
Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demografischen Alterung*

Dagmar Dräger
Verwitwung als ein soziales Risiko des hohen Alters

Uwe Fachinger
Einnahmen und Ausgaben Hochaltriger*

Sigrun-Heide Filipp
Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochaltriger Frauen und Männer*

Christina Geister
Recherche zum Thema „Pflegende Töchter“

Thomas Wimmer & Gisela Charlotte Fischer
Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochaltrigen*

Johannes Hallauer
Modellrechnungen zur Entwicklung der Kosten für die Versorgung Demenzkranker

Ulrike Höhmann
Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen*

Thomas Niepel
Erfolgschancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltriger –

Heinz-Herbert Noll & Anke Schöb
Lebensqualität im Alter – Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys*

Michael Penzek
Demenzforschung in Deutschland – Zusammenstellung der Einrichtungen, Arbeitsgruppen und EinzelforscherInnen

Ruth Schwerdt & Sabine Tschainer
Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*

Jacqui Smith & Susanne Zank
Forschungsaktivitäten im Themenfeld „Hochaltrigkeit“*

Til Stürmer
Beiträge zur Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im höheren Alter

Hans-Werner Wahl & Christoph Rott
Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit*

---

* Die mit Sternchen gekennzeichneten, von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegebenen Expertisen werden in den vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) herausgegebenen Materialbänden zum Vierten Altenbericht veröffentlicht.

1 Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung

Ein hohes Alter zu erreichen, war historisch stets ein bedeutsames individuelles Ziel. Hochaltrigen Menschen wurde allerdings nicht zu allen Zeiten und in allen Kulturen gesellschaftliche Hochachtung entgegen gebracht. Insbesondere die negativen körperlichen Begleiterscheinungen des hohen Alters wurden in der Vergangenheit deutlich thematisiert. Der demographische Wandel, der eine Zunahme gerade der Zahl der hochaltrigen Menschen mit sich gebracht hat, hat in der heutigen Zeit dazu geführt, die Wünschbarkeit eines hohen Alters infrage zu stellen und Hochaltrigkeit sogar als eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft zu empfinden. Die höchsten Altersstufen sind mit Vorstellungen von Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit besetzt, sodass die Bewunderung für Menschen, die ein so hohes Lebensalter erreicht haben, in den Hintergrund gedrängt wird. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird nicht selten die Bereitschaft infrage gestellt, die Lasten des hohen Alters weiterhin zu tragen.

Angesichts dieses gesellschaftlichen Diskurses ist es höchst angemessen, dass die Bundesregierung den Vierten Altenbericht dem Lebensabschnitt des hohen und höchsten Alters, seinen Risiken und Chancen sowie den Möglichkeiten der Beeinflussung von Risikofaktoren mit dem Ziel widmet, ein realistisches Bild zu zeichnen und eine Basis für zukünftig notwendige Planungen und Entscheidungen zu gewinnen. Die Kommission erkennt die Risiken, die das hohe Alter mit sich bringt. Die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen steigt im hohen Alter an und insbesondere demenzielle Krankheitsprozesse nehmen in diesem Lebensabschnitt erheblich zu. Auch sieht die Kommission die zunehmende gesellschaftliche Herausforderung, die das hohe Alter für die Systeme der sozialen Sicherung mit sich bringt.

Die Kommission geht davon aus, dass das „vierte Alter“ ein Lebensabschnitt ist, der den Erfolg moderner Gesellschaft widerspiegelt: Zeitgleich mit dem zunehmenden gesellschaftlichen Wohlstand stieg die allgemeine Lebenserwartung erst im vergangenen Jahrhundert entscheidend an, zunächst in den industrialisierten Ländern, später auch in den Ländern der Zweiten und Dritten Welt. Die Kommission ist der Überzeugung, dass Menschen in allen Lebensabschnitten, also auch im hohen Lebensalter als handelnde Personen anzusehen sind, die selbstständiges und selbstbestimmtes Leben anstreben. Diese grundsätzliche Überzeugung gilt auch für demenziell erkrankte ältere Menschen, wobei hier die Unterstützung und Begleitung in Abhängigkeit von den Kompetenzen der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Die Kommission vertritt die Auffassung, dass präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Interventionen eine Minimierung von Risiken im Alter bewirken und Elemente für ein gutes Leben im Alter bereitstellen können. Dazu bedarf es aber eines solidarischen gesellschaftlichen Klimas und verlässlicher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen: Nicht allein die individuelle Verantwortung für Lebensqualität im hohen Alter ist gefordert, sondern auch gesellschaftliche und staatliche Daseinsvorsorge.

Das einleitende erste Kapitel soll auf dem Hintergrund eines kurzen historischen Abrisses die Definition der Hochaltrigkeit, die Ursachen der Entwicklung zur Hochaltrigkeit aus Gründen eines besseren Verständnisses und den Stellenwert dieser Phase im menschlichen Lebensablauf erläutern, um einen Rahmen für die nachfolgenden Kapitel des Altenberichts zu schaffen.

1.1 Historischer Abriss

Schon die ältesten fassbaren Geschichtsquellen, so zum Beispiel die über 4 000 Jahre alten Smith-Papyrusrollen, haben sich mit Möglichkeiten der Lebensverlängerung und mit Hochaltrigen beschäftigt und die Lasten dieser Lebensphase beschrieben. Die französische Soziologin de Beauvoir zitiert einen Text des ägyptischen Philosophen und Dichters Ptahhotep um 2500 v. Chr., der schreibt:

> „Wie qualvoll ist das Ende eines Greises. Er wird jeden Tag schwächer; sein Herz findet keine Ruhe mehr; sein Mund wird schweigsam und spricht nichts mehr. Seine geistigen Fähigkeiten nehmen ab, und es wird ihm unmöglich, sich heute noch daran zu erinnern, was gestern war“.

In der griechischen und römischen Antike ist das (hohe) Alter sehr häufig Gegenstand philosophischer Schriften, in denen positive und negative Bewertungen des Alters je nach Autor prägnant zum Ausdruck kommen. So äußert sich etwa Platon folgendermaßen: „Die Ältesten müssen befehlen, die Jungen gehorchen“ (de Beauvoir 1972). Im Gegensatz hierzu wollte Aristoteles in seiner eher düsteren Sicht auf das Alter die Alten von der Macht eher ausschließen. Menander (342 bis 291 v. Chr.) drückt die negative Sicht sehr deutlich aus:

> „Wer zu lange bleibt, stirbt angeekelt; sein Alter ist mühsam, die Bedürftigkeit sein Los; da und dort aneckend macht er sich Feinde; man verschwört sich gegen ihn. Er ist nicht rechtzeitig abgetreten; er hat keinen schönen Tod gehabt“ (de Beauvoir 1972).

Eine deutlich positive Sicht des (hohen) Alters wird in der berühmten Schrift „De Senectute“ von Cicero, vertreten. Nach Cicero kann Altwerden positiv erlebt werden, wenn man die diesem Lebensabschnitt eigenen Regeln anerkennt, das Alter nicht ständig mit Jugend und mittlerem Lebensalter vergleicht und sich in den altersgemäßen Fähigkeiten übt:

> „Die besten Waffen des Alters sind in jedem Fall die Wissenschaften, die rastlose Übung der sittlichen Kräfte, die in jedem Alter gepflegt, nach einem langen

und tatenreichen Leben herrliche Früchte tragen, nicht allein, weil sie nie versagen, selbst nicht in der letzten Zeit unseres Lebens, sondern auch, weil das Bewusstsein eines gut geführten Lebens und die Erinnerung an viele gute Taten größte Freude bedeutet". Cicero fügt hinzu: „Nichts sagend sind also die Reden derer, die dem Greisenalter die Tätigkeit absprechen... freilich tut er (der Greis) nicht das, was die jungen Leute tun, dafür aber ungleich Wichtigeres und Besseres, nicht durch Kraft oder körperliche Behendigkeit und Schnelligkeit werden große Leistungen vollbracht, sondern durch besonnenen Rat, das Gewicht der Person, gereiftes Urteil: Eigenschaften, die im Alter nicht verlorenzugehen, sondern sogar noch zu wachsen pflegen".

Bedeutsam ist auch Ciceros Ansicht, dass Leiden am Alter und Klagsamkeit über das Altwerden weniger vom Alter selbst als mehr von der früheren Lebensführung und der Persönlichkeit, dem Charakter bestimmt werden:

> „An allen derartigen Klagen (über das Alter) ist der Charakter Schuld, nicht das Alter, denn Alte, die besonnen und weder grämlich noch unfreundlich sind, haben ein erträgliches Alter. Schroffheit aber und Unfreundlichkeit machen jedes Alter zur Last".

In den folgenden Jahrhunderten kam es bis ins Mittelalter hinein zu einem deutlichen Niedergang des Alters im Sinne öffentlich anerkannter Rollen. Hauptakteure waren Jüngere, sei es in der realen Welt oder in Heldenepen und anderen Dichtungen. Auch in den bildlichen Darstellungen traten während des Mittelalters Mühsal, Lasten und Gebrechen des hohen Alters stärker in den Vordergrund und führten zur Suche nach der Quelle der ewigen Jugend oder Rezepten der Lebensführung, die eine ewige Jugend garantierten oder wiedergewinnen ließen.

Die Entwicklung vom Mittelalter zur Neuzeit wird von Borscheid (1989: 17) mit den folgenden Worten beschrieben:

> „Mit krachenden Beinen und triefender Nase, kahlköpfig, taub und halb blind schleppt sich der alte Mensch aus dem Mittelalter heraus und kriecht auf Krücken gestützt, unter dem Spott der Jugend, über die Schwelle zur Neuzeit".

Wesentliches Kennzeichen des 16. und 17. Jahrhunderts waren dabei unter der Perspektive der Hochaltrigkeit wohl die extremen Unterschiede nach sozialem Stand und nach Region. Betrachtet man die mittlere Lebenserwartung im 16. und 17. Jahrhundert, so treten in Abhängigkeit vom sozialen Stand und regionalen Bedingungen extreme Unterschiede hervor. „Lag die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im ausgehenden 16. Jahrhundert bei 25 bis 30 Jahren, so stellte sich diese beispielsweise bei hessischen Pfarrern der Reformationszeit ganz anders dar: etwa 30 % hatten über 60 Jahre, etwa 21 % über 70 Jahre, etwa 9 % über 80 Jahre und 0,6 % sogar über 90 Jahre zu erwarten" (Borscheid 1989). Trotz des Einbruchs des 30-jährigen Krieges überlebten Hochaltrige. „Im Jahre 1680 waren, das Beispiel Nürtingen genommen, immerhin 2,8 % der Frauen und 4,0 % der Männer älter als 70 Jahre, 0,5 % der Frauen und 0,3 % der Männer älter als 80 Jahre" (Borscheid 1989).

Im Zeitraum zwischen 1745 und 1865 lag die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland unter 40 Jahren (Kamke & Scholz 1992). Erst ab Ende des 19. Jahrhunderts begann die Lebenserwartung allmählich zu steigen und erreichte ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die aktuell hohen Werte. Im Zeitraum 1997/99 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland für Mädchen 80,6 Jahre und für Jungen 74,4 Jahre (Grünheid & Roloff 2000). Auch die fernere Lebenserwartung, d. h. jene zu erwartenden Jahre, die beispielsweise ein 60- oder 80-jähriger Mensch im Durchschnitt noch vor sich hat, war im 18. und 19. Jahrhundert auf konstantem, relativ niedrigem Niveau. Bei den 60-Jährigen betrug die fernere Lebenserwartung zwischen 1740 und 1850 zehn bis zwölf Jahre, für die 80-Jährigen knapp vier Jahre. Diese fernere Lebenserwartung hat sich mittlerweile etwa verdoppelt: Im Alter von 60 Jahren beträgt sie für Frauen 23,3 Jahre und für Männer 19,0 Jahre; im Alter von 80 Jahren beträgt sie für Frauen 8,4 Jahre und für Männer 6,9 Jahre (Statistisches Bundesamt 2001a).

Entsprechende Veränderungen hat es auch bei einem anderen Indikator für Langlebigkeit gegeben, der Anzahl von Überlebenden in bestimmten Altersgruppen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden 38 % der Männer und 45 % der Frauen eines Geburtsjahrgangs 60 Jahre und älter (Dinkel, R. H. 1992; Hoffmann 2001). Erhebliche Veränderungen in diesem Indikator zeigten sich erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts, die in der aktuellen Erwartbarkeit eines langen Lebens mündeten. Gegenwärtig erleben die allermeisten Frauen, nämlich 92,9 %, und auch der größte Teil der Männer, 86,4 %, das 60. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt 2001a). Aktuell konzentrieren sich die meiste Todesfälle auf das dritte und vierte Lebensalter: Von den 846 330 Menschen, die in Deutschland im Jahr 1999 starben, waren 13,7 % unter 60 Jahren, 42,4 % zwischen 60 und 80 Jahren und 43,9 % über 80 Jahre alt. Das ausgehende 19. und beginnende 20. Jahrhundert wurde zudem durch die Entwicklung der Forschung über das Alter und das Altern bestimmt, zunächst der Altersmedizin, später auch die weiteren an der Gerontologie beteiligten Disziplinen wie Psychologie, Soziologie, Sozialpolitik- und Pflegewissenschaften.

Dieser kurze historische Rückblick lehrt, dass Altern immer ambivalent besetzt war: Bewunderung und Achtung herausfordernd einerseits – Belastung bedingend andererseits. Ambivalente Einstellungen bergen die Gefahr polarer Entgleisung: „Die Alten von der Tiberbrücke zu stürzen" (Wahl, H.-W. & Rott 2001) oder sie mit traditionsgeleitetem Einverständnis zum Verhungern in die Eiswüste zu verbannen (Eskimos) sind möglich und wurden in der Kulturgeschichte der Menschheit vor allem unter Mangelbedingungen praktiziert. Unkritische Schlagworte, wie von der „Überalterung" der Gesellschaft und der „Rentnerlast" könnten solche Tendenzen auch in der heutigen Gesellschaft im Sinne eines neuen „Ageism" verstärken. Insgesamt kann man wohl sagen, dass sich trotz der enormen Spanne des gewählten Zeithorizonts eine Thematik gleichsam wie ein roter Faden in immer neuen Variationen durch Erörterungen von Hochaltrigkeit

hindurchzieht, nämlich einerseits Bewunderung und Faszination, die dem sehr hohen Alter entgegengebracht werden, andererseits die Befürchtung in Richtung eines mit sehr hohem Alter verbundenen individuellen „Siechtums“, aber auch einer nicht (mehr) tragbaren gesellschaftlichen Last. Die heute dominierenden Antworten auf Hochaltrigkeit finden in unserer Zeit vor allem im gesellschaftlichen Diskurs von „noch“ bezahlbaren und bald „nicht mehr“ bezahlbaren Leistungen ihren Ausdruck. Einiges spricht dafür, dass eine zumindest implizite Leistungsrationierung in Abhängigkeit vom hohen Alter auch im deutschen Gesundheitswesen bereits heute mancherorts de facto stattfindet.

Das hohe Alter ist geschichtlich kein neues Phänomen, schon immer hat es gesellschaftliche Bilder (und zwar wohl idealisierte als auch verzerrende Bilder) des hohen Alters gegeben. Neu ist aber in gesellschaftlicher Perspektive, dass das hohe Alter zu einem kollektiven Phänomen geworden ist, das in seinem quantitativen Umfang geschichtlich keine Vorläufer hat. Da auf gesellschaftlicher Ebene nicht selten eine strukturelle Verzögerung der Anpassung von Institutionen an neue gesellschaftliche Phänomene zu beobachten ist, wird sich möglicherweise erst in Zukunft eine „Kultur des Alters“ ausbilden. Dieses – eher optimistische – Szenario läßt sich durch zwei Überlegungen stützen. Zum einen hat sich mit der durchschnittlichen Verlängerung auch die individuelle Lebensplanung verändert. Ein langes Leben ist erwartbar geworden – und damit auch die Aussicht auf ein eigenes hohes Alter. Die Einsicht, in der Zukunft selbst einmal zu den „ganz Alten“ zu gehören, könnte sich auf die Einstellungen gegenüber hochaltrigen Menschen im Sinne einer zunehmenden Solidarität positiv auswirken. Zum Zweiten werden Potenziale und mögliche Stärken des hohen Alters bis heute in der öffentlichen Diskussion nur selten berücksichtigt. Eine „Kultur des Alter(n)s“ könnte aber auch neue gesellschaftliche Rollen für ältere Menschen mit sich bringen und damit sowohl die Partizipation älterer Menschen verstärken als auch ihre gesellschaftliche Position festigen. Daneben ist schließlich darauf zu verweisen, dass auch im hohen Alter das Potenzial für Selbstständigkeit und Selbstverantwortlichkeit vorhanden ist.

1.2 Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit“

Hochaltrigkeit ist ein unscharfer Begriff, auch wenn in der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion häufig die Unterscheidung zwischen dem „dritten und vierten Lebensalter“ gemacht wird (eine ähnliche Unterscheidung ist die zwischen den so genannten „jungen Alten“ und „alten Alten“). Eine erste Möglichkeit, die Phase der Hochaltrigkeit zu definieren, besteht darin, die Verwendung von Altersdefinitionen in empirischen Untersuchungen der Altersforschung zu analysieren (Wahl, H.-W. & Rott 2001). Betrachtet man Publikationen innerhalb des deutschen Sprachraums, so zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Arbeiten eine Altersgrenze von 80 Jahren angegeben wird, um Hochaltrigkeit zu definieren (Wahl, H.-W. & Rott 2001). Allerdings wurden gerade in den letzten Jahren auch höhere Jahresangaben (90+) verwendet. Man kann also als eine erste vorläufige Definition eine Altersgrenze zwischen 80 und 85 Jahren als den Beginn der Hochaltrigkeit angeben, wobei diese Definition aufgrund der dynamisch sich verändernden Lebenserwartung in Zukunft möglicherweise höher angesetzt werden muss. Betrachtet man die Definitionen unterschiedlicher Disziplinen, so muss die hier vorgeschlagene pragmatische Festlegung erheblich differenziert werden.

Von der Demographie werden unterschiedliche Vorschläge gemacht: Eine dynamische Definition bezieht sich auf die sich verändernde Lebenserwartung. So kann der Beginn der Hochaltrigkeit als das Lebensalter definiert werden, zu dem 50 % der Angehörige eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. Gemessen an den vom Statistischen Bundesamt für den Zeitraum 1997/99 ermittelten altersspezifischen Sterbeziffern erreicht die Hälfte der neugeborenen Mädchen das 84. Lebensjahr, die Hälfte der neugeborenen Jungen das 78. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt 2001a). Eine weitere demographische Definition basiert auf dem „Gesetz der Mortalität“ von Gompertz aus dem Jahre 1825. Diese Formel besagt, dass die Sterblichkeit mit dem Alter mit einer exponentiellen Rate zunimmt. Bis zum Alter von 80 Jahren stimmen die Vorhersagen des Modells sehr gut mit den beobachteten Daten überein. Ab dem 80. Lebensjahr muss die Gompertz-Formel modifiziert werden, um eine ähnlich gute Anpassung an die empirischen Daten zu erreichen (Thatcher et al. 1998). Diese Befunde legen nahe, dass Männer wie Frauen, die das Alter von 80 bzw. 90 Jahren überleben, von ihrer Mortalität her gesehen eine eigene Gruppe darzustellen scheinen.

In einer biologischen Perspektive werden die folgenden Postulate aufgestellt (Wahl, H.-W. & Rott 2001): Die Existenz spezifischer Gene, die das Altern aktiv fördern, ist unwahrscheinlich. Altern ist nicht programmiert, sondern resultiert größtenteils in der Anhäufung somatischen Schadens. Dieser Schaden rührt vom begrenzten Investieren in die Erhaltung und Reparatur her. Langlebigkeit wird damit indirekt von Genen gesteuert, die z. B. die DNA-Reparatur und die antioxidative Abwehr kontrollieren. Es gibt Gene, die sich im Alter negativ auswirken, entweder, weil sie den natürlichen Selektionsmechanismen entrinnen, oder weil sie in früheren Lebensphasen einen Vorteil bewirken, der den Schaden im Alter aufwiegt. Eine festgelegte maximale menschliche Lebensspanne scheint nicht zu existieren. Hochaltrigkeit in biologischer Perspektive ist unserer Ansicht nach somit Ausdruck besonders effektiver Erhaltungs- und Reparaturprozesse über die gesamte Lebensspanne, wobei Altern nicht zwangsläufig Bestandteil lebender Organismen sein muss – aber in den allermeisten Fällen ist. Eine explizite (chronologische) Altersgrenze für Höchstaltrigkeit lässt sich aus biologischer Sicht offensichtlich nicht angeben.

Aus medizinischer Sicht wird häufig betont, dass sowohl im physischen wie, wenngleich weniger ausgeprägt, als auch im psychischen Bereich die Prävalenzraten von vielen lebensqualitätsnahen Krankheiten jenseits von etwa 80 bis 85 Jahren einen deutlichen Anstieg zeigen, der sich mit unterschiedlicher Beschleunigung (je nach Krankheit,

aber auch je nach epidemiologischer Fallidentifikationsmethode) bis etwa ins Alter von 95 bis 100 fortsetzt. Dabei bleibt nicht selten unberücksichtigt, dass die Datenlage, was das sehr hohe Alter betrifft, als eher dürftig zu bezeichnen ist. Ebenso könnte man einer epidemiologisch gestützten Definition von Hochaltrigkeit noch das Argument zurechnen, dass die so genannte aktive Lebenserwartung, d. h. jener Anteil an der Lebenserwartung, der mit einer hohen Selbstständigkeit in den Aktivitäten des Alltagslebens verbracht wird, im sehr hohen Alter einen immer kleineren Anteil an der verbliebenen gesamten Lebenserwartung einnimmt (Crimmins et al. 1996) und sich damit diese im sehr hohen Alter immer stärker zu einer „inaktiven" Lebenserwartung zu wandeln scheint.

In der sozialen und psychologischen Gerontologie wird immer stärker die Frage gestellt, ob das chronologische Alter eine sinnvolle wissenschaftliche „Markervariable" für die Strukturierung von Altersphasen darstellt. Birren hat 1959 in einem der ersten „großen" Handbücher der Gerontologie („Handbook of Aging and the Individual") das chronologische Alter als „one of the most useful single items of information about an individual if not the most useful" charakterisiert (Birren 1959: 8). Allerdings muss diese Einschätzung kritisch betrachtet werden. Es gehört heute zu den weithin anerkannten Ergebnissen der Gerontologie, dass die interindividuelle Variation im höheren Alter zunimmt (Nelson, E.A. & Dannefer 1992). Zudem ist die Frage zu stellen, ob das chronologische Alter als Prädiktor bzw. Explanans noch bedeutsam ist, wenn andere stärker inhaltlich bestimmte Variablen kontrolliert bzw. in Auswertungsmodelle einbezogen werden. Andererseits ist das chronologische Alter nun einmal jene Variable, die das unaufhaltsame Voranschreiten der „Entwicklung" am deutlichsten indiziert bzw. das durchaus dazu beitragen kann, Leistungs- und Erlebensprofilunterschiede zwischen älteren Menschen zu „erklären". In einer disziplinübergreifenden Sicht sind hier vor allem die Ergebnisse der Berliner Altersstudie anzuführen, die unterstreichen, dass in jenen Subgruppen von Älteren, in denen massive Verluste im Bereich des körperlichen, psychischen und psychologisch-erlebensbezogenen Bereich auftreten, Hochaltrige (85+) überrepräsentiert sind (Baltes, P. B. & Smith 1999).

Für den Vierten Altenbericht soll pragmatisch der Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren als der Beginn des hohen Alters definiert werden. Hierbei soll aber stets berücksichtigt werden, dass die hohe interindividuelle Unterschiedlichkeit zwischen älterwerdenden Menschen alle chronologisch basierten Altersgrenzen fragwürdig macht: Es handelt sich hierbei keineswegs um eine Altersgrenze, ab der bestimmte Entwicklungen mit Gewissheit stattfinden. Zudem muß daran erinnert werden, dass aufgrund der Dynamik von Mortalität und Morbidität diese Altersgrenze in Zukunft höher liegen kann. Allerdings muss konstatiert werden, dass zurzeit die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz jenseits des 80. bis 85. Lebensjahrs deutlich ansteigt. Daher erscheint es sinnvoll, diese Altersgrenze in sozialpolitischer Perspektive in den Blick zu nehmen.

1.3 Biologische Voraussetzungen der Langlebigkeit

Biologische Alternsforschung ist an der Beschreibung und Erklärung von Alternsprozessen auf der zellulären und molekularbiologischen Ebene interessiert, vor allem an moderierenden Prozessen der Langlebigkeit und daraus resultierend an der Frage nach einer artspezifischen maximalen Lebensspanne. Unbezweifelt ist die Tatsache, dass Organsysteme multizellulärer Lebewesen heterochron altern und auf der zellulären Ebene der Alterungsprozess indirekt von Genen gesteuert wird, die DNA-Reparaturmechanismen und die antioxidative Abwehr kontrollieren; deren Effizienzverluste bewirken die terminale Alterung und führen letztlich den Tod herbei. Eine klare Definition von Hochaltrigkeit aus biologischer Sicht liegt bislang nicht vor. Mit Blick auf die Befunde zahlreicher Studien lässt sich das „vierte Lebensalter" in der Tat durch die Kumulation von Risiken charakterisieren, z. B. im Sinne der Multimorbidität. Bei den Risiken des hohen Alters haben demenzielle Erkrankungen einen besonders gravierenden Stellenwert: Dieses Thema wird im Vierten Altenbericht umfassend und eingehend behandelt.

Ohne Zweifel ist Langlebigkeit eine bei vielen Spezies angelegte biologische Möglichkeit. Auch wenn genetische Determinanten Grenzen für die Lebensspanne setzen (sichtbar beispielsweise in den Unterschieden der Lebensspanne zwischen biologischen Arten), so zeigen sich doch je nach Umweltbedingungen erhebliche Veränderungen in der durchschnittlichen Lebensdauer. Im Tierreich führen Domestikationsbedingungen, in menschlichen Gesellschaften fortschreitende Zivilisation, d. h. Verbesserung der Ernährung und der hygienischen, medizinischen und technischen Lebensbedingungen sowie Ausschaltung akzidenteller Todesursachen, zu verlängerter durchschnittlicher Lebensdauer. Alle prähistorischen und historischen Skelettbefunde belegen aus unserer heutigen Perspektive sehr kurze Lebenszeiten. In der Frühgeschichte der Menschheit wurde kaum das dritte Lebensjahrzehnt erreicht. Die aus Versicherungsstatistiken während der letzten 150 Jahre abgeleiteten Sterbekurven nähern sich zunehmend einer Rechteckform als Folge der progressiven Ausschaltung akzidenteller Todesursachen, wie z. B. Krankheiten und Unfälle. Man kann sagen, dass zunehmende Langlebigkeit direkter Ausdruck und Folge des Erfolgs zivilisatorischer Bemühungen ist.

Für den Vierten Altenbericht ist allerdings nicht allein die Lebensdauer, sondern die Frage nach der Vermeidbarkeit von Morbidität im Alter zentral. Dies kommt unter anderem in der Hypothese der „Morbiditätskompression" zum Ausdruck: Gesucht sind jene präventiven Maßnahmen, die – bei Annahme einer genetisch determinierten Lebensspanne – das Auftreten von Krankheiten so weit verzögern, dass der Tod vor Beginn gravierender Krankheiten eintritt. Diese These ist zumindest gegenwärtig empirisch nur partiell zu belegen. Beobachtbar ist dagegen ein alterskorrelierter Anstieg von Morbidität, der in einigen Fällen nicht allein durch umweltbedingte Risikofaktoren und Kumulation externer Schädigungen zu erklären ist, sondern möglicherweise auch genetisch mitbedingt ist (z. B. Demenz vom Alzheimer-Typ).

1.4 Demographische Alterung und gesellschaftlicher Umgang mit Hochaltrigkeit

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen offensichtlich die gesundheitlichen Bedingungen, unter denen Menschen alt werden. Die Lebensbedingungen in modernen Gesellschaften haben die Phase des Alters zu einem Lebensabschnitt gemacht, den die meisten Menschen erleben werden, und auch in die Phase des sehr hohen Alters werden immer mehr Menschen eintreten. Deutschland ist heute weltweit das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung (nach Japan, Italien und der Schweiz) und das Land mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren (nach Italien und Griechenland; United Nations Population Divisions 2001; Büttner 2000). Die demographische Alterung wird sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen, begleitet von einer Abnahme der Bevölkerungszahl. Das Statistische Bundesamt rechnet damit, dass die Anzahl älterer Menschen ab 60 Jahren in den nächsten fünf Jahrzehnten von gegenwärtig rund 19 Millionen auf ca. 25 Millionen zunehmen wird (vgl. Tabelle 1-1).[1]

[1] Die in Tabelle 1-1 dargestellten Zahlen zur zukünftigen Größe und Altersstruktur der Bevölkerung geben die Ergebnisse der Variante 2 der Modellrechnung des Statistischen Bundesamts wieder. Diese Variante geht davon aus, dass mittelfristig per Saldo jährlich 200 000 Menschen nach Deutschland kommen (Nettozuwanderung). Angenommen wird ferner, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bei rund 1,4 Kindern je Frau verharrt und die Lebenserwartung Neugeborener bis 2050 um ca. 4 Jahre zunimmt. Es wurden auch Varianten mit anderen begründbaren Annahmen zur Lebenserwartung und Migration berechnet. Auch diese führen zum Ergebnis einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung.

Da – aufgrund der rückläufigen Bevölkerung im Familiengründungsalter und bei anhaltend niedrigen Geburtenraten – die Bevölkerungszahl insgesamt von 82 auf 70 Millionen sinken wird, bedeutet dies eine merkliche Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Insbesondere wenn die geburtenstarken Jahrgänge der um 1960 bis 1965 Geborenen ins Rentenalter kommen, wird die Zahl und der Anteil älterer Menschen deutlich steigen. Es wird damit gerechnet, dass in fünfzig Jahren rund 36 % der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind.

Auch die Zahl der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahrzehnten kräftig zunehmen. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Millionen Menschen bzw. 3,6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. In zwanzig Jahren werden es rund 5,1 Millionen bzw. 6,3 % sein. Für das Jahr 2050 rechnet das Statistische Bundesamt mit knapp 8 Millionen Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Gut 11 % der Bevölkerung werden dann hochaltrig sein.

Hauptursache dieser Entwicklung ist – der in Deutschland besonders ausgeprägte – Rückgang der Kinderzahlen, gepaart mit dem Anstieg der Lebenserwartung. Die Bevölkerung altert sozusagen „von beiden Enden“: Die nachwachsenden Generationen sind schon seit längerem jeweils schwächer besetzt als die Generation ihrer Eltern, und die älter werdenden Generationen leben länger. Mit der von der UNO über beide Geschlechter gemittelten durchschnittlichen Lebenserwartung von 77,3 Jahren steht Deutschland im internationalen Vergleich zwar erst an 21. Stelle, ist jedoch wegen seiner niedrigen Geburtenrate dennoch das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung (United Nations Population Divisions 2001) und dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren (Büttner 2000).

Tabelle 1-1

Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050

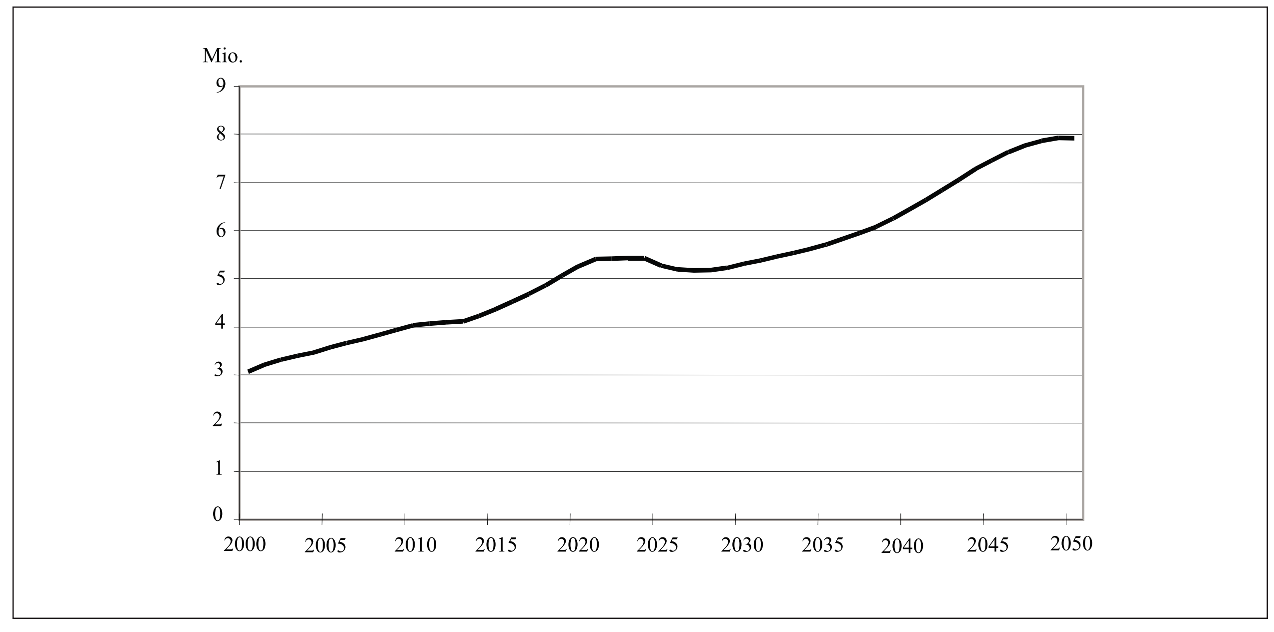
Alter (in Jahren)	Kalenderjahr (jeweils 1. Januar)					Zu-/Abnahme	
	1953	1971	2000	2020[1]	2050[1]	1953–2000	2000–2050[1]
Bevölkerungszahl:							
Insgesamt	70.163.872	78.069.471	82.163.475	80.339.100	70.381.400	+ *17,1 %*	– *14,3 %*
60 und älter	10.618.429	15.567.540	18.881.148	22.886.300	25.199.500	+ *77,8 %*	+ *33,5 %*
80 und älter	783.540	1.536.469	2.934.837	5.068.300	7.922.200	+ *274,6 %*	+ *169,9 %*
90 und älter	30.679	105.347	497.343	771.200	1.482.600	+*1521,1 %*	+ *198,1 %*
Bevölkerungsanteil:							
60 und älter	*15,1 %*	*19,9 %*	*23,0 %*	*28,5 %*	*35,8 %*	+ *7,8 %-Pkte.*	+ *12,8 %-Pkte.*
80 und älter	*1,1 %*	*2,0 %*	*3,6 %*	*6,3 %*	*11,3 %*	+ *2,5 %-Pkte.*	+ *7,7 %-Pkte.*
90 und älter	*0,1 %*	*0,1 %*	*0,6 %*	*1,0 %*	*2,1 %*	+ *0,5 %-Pkte.*	+ *1,5 %-Pkte.*
Altenquotient[2]	*27,8*	*39,8*	*41,3*	*52,8*	*74,7*		

[1] Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).
[2] Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige.

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Statistisches Bundesamt 1996; Statistisches Bundesamt 2000a; eigene Berechnungen.

Abbildung 1-1

Geschätzte Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2050[1]



[1] Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Variante 2); eigene Darstellung

Bei Fortschreibung dieser Sterbeziffern werden von den heute 50-jährigen Frauen rund 65 % ihren 80. Geburtstag erleben, von den 50-jährigen Männern ca. 44 %. Da anzunehmen ist, dass die fernere Lebenserwartung weiter zunimmt, werden diese Anteile tatsächlich noch etwas höher sein. Ein hohes Alter zu erreichen, ist schon heute kein seltenes Phänomen mehr und wird es in Zukunft immer weniger sein. Die weitere Lebenserwartung 80-Jähriger beträgt gegenwärtig für Frauen 8,37 Jahre, für Männer 6,91 Jahre (vgl. Tabelle 1-2). In den alten Bundesländern ist sie etwas höher als in den neuen Bundesländern, der Unterschied ist jedoch bei weitem nicht mehr so ausgeprägt wie zu Beginn der 90er-Jahre. Vor allem die Lebenserwartungsdifferenz zwischen west- und ostdeutschen Frauen hat sich im vergangenen Jahrzehnt deutlich verringert.

Tabelle 1-2

Entwicklung der – ferneren – durchschnittlichen Lebenserwartung

Vollendete Altersjahre	Deutschland				Früheres Bundesgebiet			Neue Länder und Berlin-Ost		
	1901/10	1932/34	1986/88	1997/99	1949/51	1986/88	1997/99	1952/53	1986/88	1997/99
	Fernere Lebenserwartung (in Jahren) im Alter x									
Männer:										
bei Geburt	44,82	59,86	71,70	74,44	64,56	72,21	74,78	65,06	69,75	73,01
60-Jährige	13,14	15,11	17,24	19,01	16,20	17,55	19,17	15,99	15,95	18,28
80-Jährige	4,38	4,84	5,86	6,91	5,24	6,06	6,99	5,03	5,19	6,53
Frauen:										
bei Geburt	48,33	62,81	78,03	80,57	68,48	78,68	80,72	69,07	75,81	79,96
60-Jährige	14,17	16,07	21,39	23,30	17,46	21,95	23,44	17,75	19,47	22,71
80-Jährige	4,65	5,15	7,27	8,37	5,57	7,57	8,42	5,48	6,21	8,12

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Sommer 1996; Statistisches Bundesamt 2000f; eigene Berechnungen.

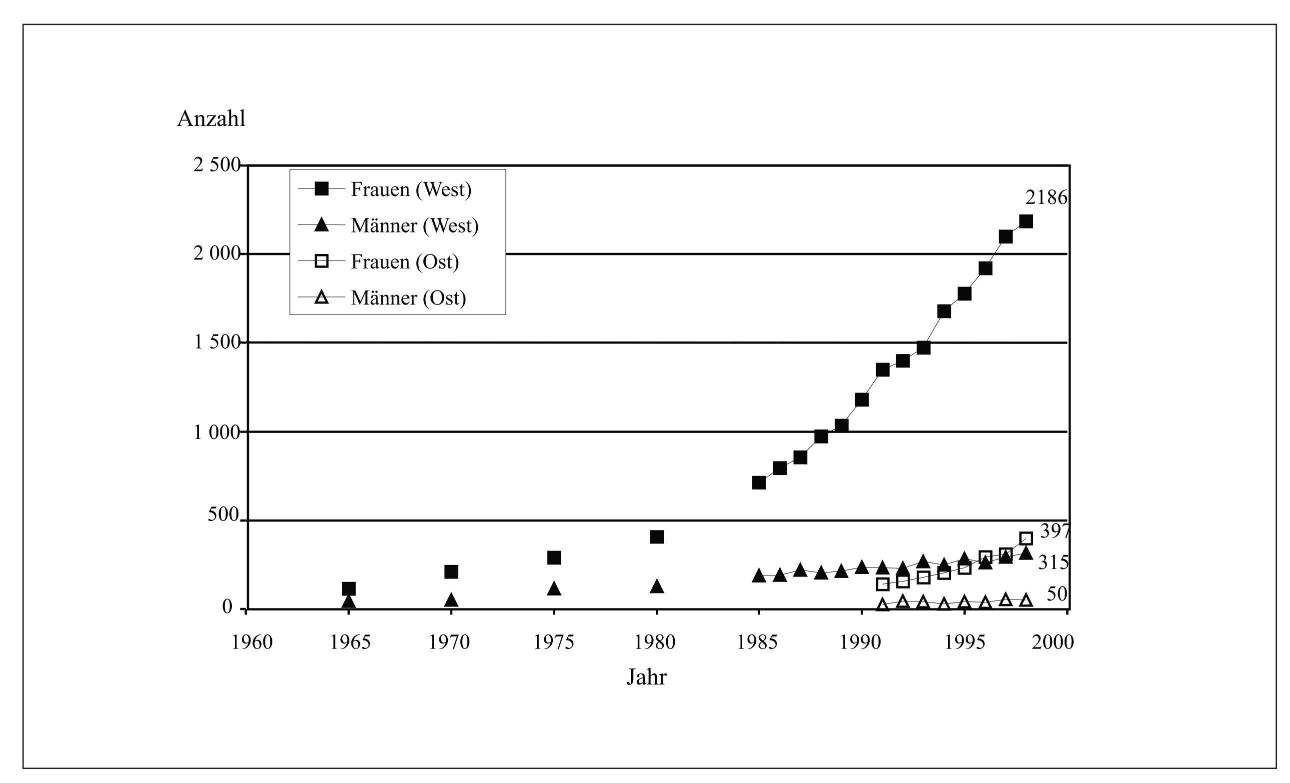
Während der Zugewinn an Lebenserwartung noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu großen Teilen Folge der abnehmenden Kindersterblichkeit und einer sinkenden Sterblichkeit im mittleren Erwachsenenalter war, trägt heute wesentlich der Rückgang der Sterbeziffern im fortgeschrittenen und hohen Alter zum Anstieg der Gesamtlebenserwartung bei. Im Vergleich der beiden Sterbetafeln 1986/88 und 1997/99 stieg die fernere Lebenserwartung 60-jähriger Frauen um 8,9 %, die der 80-jährigen Frauen um 15,1 %, während sich die Gesamtlebenserwartung der weiblichen Bevölkerung nur um 3,26 % erhöhte. Berechnungen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung ergaben, dass von dem Zuwachs an Lebenserwartung zwischen 1980 und 1996 im Westen 61 % und im Osten 71 % auf die Zunahme der Restlebenserwartung der 60-Jährigen und Älteren zurückzuführen war (Gjonca et al. 2000). Selbst die verringerte Sterblichkeit jenseits des 80. Lebensjahres trug noch 22 resp. 31 % zum allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung bei.

Mit der steigenden Zahl der Hochaltrigen nimmt auch die Zahl derer zu, die ihren 100. Geburtstag feiern können. Genauere Auskünfte darüber liefern Daten des Bundespräsidialamts, da der Bundespräsident allen Jubilaren zum 100. Geburtstag schriftlich gratuliert. Zwischen 1965 und 1998 stieg die Zahl der Hundertjährigen im früheren Bundesgebiet von 158 auf 2501. Insgesamt feierten im Jahr 1998 nach dieser Datenquelle 2 948 Personen ihren 100. Geburtstag, davon 2 583 Frauen. Es ist zu erwarten, dass die Zahl der Höchstaltrigen weiter stark zunehmen wird.

Angesichts dieser Zukunftsszenarien muss gefragt werden, welche der für das Alter bereitgestellten gesellschaftlichen Ressourcen den Bedürfnissen des hohen Alters angepasst werden müssen. Dabei sind insbesondere die Leistungen und Institutionen des sozialen Sicherungssystems (insbesondere medizinischer und pflegerischer Versorgung) zu nennen (Buchner et al. 2001), wobei die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen zu berücksichtigen sind. Hier wird das Paradox des gesellschaftlichen Umgangs mit dem hohen Alter besonders deutlich: Während die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf komplexe Weise Langlebigkeit und demographischen Wandel vorantreiben, wird das Alter, und insbesondere das „hohe Alter“, im gesellschaftlichen Diskurs nicht selten als Last und Bedrohung interpretiert. „Alter“ und „Hochaltrigkeit“ sind also auch soziale Konstruktionen, der gesellschaftliche Umgang mit dem hohen Alter steht auf dem Prüfstand. Die Kommission vertritt die Legitimitation von Solidarleistungen für das hohe Alter engagiert (Kapitel 6).

Abbildung 1-2

Anzahl der Frauen und Männer, die im jeweiligen Jahr ihren hundertsten Geburtstag hatten, 1965 bis 1998



Quelle: Rott & Maier 2000.

1.5 Leitbilder der Kommission

Die Kommission erachtet es als wichtig, Menschen im hohen Lebensalter nicht als Objekte medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Intervention zu betrachten, sondern als handelnde Subjekte eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu achten. Diese Perspektive gilt grundsätzlich auch für demenziell Erkrankte, wobei hier in besonderem Maße Unterstützung und Begleitung in Wahrung der noch erhaltenen Kompetenz der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Hohes Alter darf gesellschaftlich nicht nur unter den Aspekten von Krankheit, Versorgung und Hilfsbedürftigkeit als möglichst mit minimalem Aufwand zu lösendes Lastproblem diskutiert werden. Bedeutsam ist auch die Wahrnehmung des Individuums. Gerade die Jüngeren, denen in zunehmendem Maße Hochaltrigkeit als Lebensperspektive bevorsteht, sollten danach fragen, wie Älterwerden erlebt wird und gestaltet werden kann von denjenigen, die diesen Lebensabschnitt bereits erreicht haben.

Lebensplanung muss vom Einzelnen unter der Perspektive einer wahrscheinlich langen Lebensdauer gesehen werden. Dies bedeutet grundsätzlich zunächst einmal ein zu erwartendes Mehr an Lebenserfahrung, an Möglichkeiten, Freude, Glück, Leid und Unglück zu erleben, sich hierauf einzustellen und maßvoll im Sinne eines eigenen Lebensentwurfes damit umzugehen. Die Altwerdenden müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie ganz wesentlich das Bild vom Altern und die Akzeptanz des Alters in der Gesellschaft mitbestimmen. Das kann nur im Wechselspiel von gesellschaftlicher Akzeptanz und individueller Verwirklichung des eigenen Lebens gelingen.

Es ist argumentiert worden, dass das Alter aus dem Blickwinkel der Evolutionstheorie als unnützer Luxus zu betrachten sei, weil die Lebensphase nach der generativen Produktivität offensichtlich keinen Selektionsvorteil verschaffe. P. B. Baltes (1999) entwickelte in diesem Zusammenhang den Gedanken der unvollständigen Architektur der menschlichen Ontogenese und legte die zusammen mit M. M. Baltes elaborierten Prinzipien der Selektion, Optimierung und Kompensation einer auf das Alter erweiterten psychologischen Entwicklungstheorie zugrunde. Revidierte gesellschaftliche Vorurteile über Autonomie und Abhängigkeit im hohen Alter (Baltes, M.M. 1999) könnten im Verein mit der Entwicklung einer unterstützenden Lebensumwelt individuelle Gebrechlichkeit im hohen Alter kompensieren und damit zu einer höheren Lebensqualität und einem längeren Leben während des vierten Alters in der Zukunft beitragen.

Ohne Alter und hohes Alter bleibt das menschliche Leben in der Tat eine unvollendete Architektur, unser Lebensentwurf ein Fragment. Das Alter spiegelt unser individuelles Leben, bringt es ins Bewusstsein durch bilanzierende Rückschau. Das Alter gibt uns im Rückgriff auf Aristoteles Entelechie die Möglichkeit, letzte Hand an unser Leben als ästhetischen Entwurf zu legen und unser Leben als einziges Kunstwerk zu betrachten, das jeder Einzelne mit sich und für sich schaffen muss. Überhaupt scheinen Platos vier Kardinaltugenden – Weisheit, Tapferkeit, Besonnenheit (Mäßigkeit, Selbstbeherrschung), Gerechtigkeit – der letzen Lebensphase besonders angemessen. Auch die heute so oft zitierte, im Grundgesetz geschützte unantastbare Würde des Menschen wird erst am Ende eines Lebens voll erkenntlich. Würde und Ansehen (siehe Cicero) bedingen einander. Leider wird heute Würde fälschlicherweise immer primär als das angesehen, was uns die anderen schulden und dabei übersehen, dass wir sie uns erst einmal selbst schulden, indem wir uns der Würdigung anderer als würdig erweisen.

Dass Alter und hohes Alter für die meisten Menschen, zunächst in den industrialisierten Ländern eine zunehmend wahrscheinliche Wirklichkeit wird, ist erst eine allerjüngste Entwicklung in der Menschheitsgeschichte. Damit ist für die nahe Zukunft die Aufgabe gestellt, eine neue Kultur der Integration alter und sehr alter Menschen im Diskurs der Generationen zu entwickeln. Der demographische Wandel wird die Struktur der Gesellschaft verändern. Das ist bereits jetzt mehr als deutlich und wird in Zukunft noch deutlicher werden. Berührt werden Fragen der Ressourcenverteilung, des Ausgleichs zwischen den Generationen und der Allokationsgerechtigkeit. Um das Ziel zu verwirklichen, die Integration der Hochaltrigen in die Gesellschaft zu gewährleisten, werden auch Anpassungen der sozialen Sicherung und des Sozialrechts im Vierten Altenbericht diskutiert werden müssen. Die Kommission geht davon aus, dass das hohe Alter gegenwärtig mit gravierenden Risiken einhergeht, von denen Demenz eines der bedeutsamsten ist. Dennoch vertritt die Kommission die Auffassung, dass angemessene, auf der Basis der Solidarität mit dem Alter entwickelte präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Angebote Risiken minimieren und beide Seiten, die Hochaltrigen und die Gesellschaft, entlasten können.

Dabei kommt der Interventionsgerontologie, also dem „Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen“ (Lehr 1996) besondere Bedeutung zu. Im Vierten Altenbericht wird der Begriff der Intervention umfassend verstanden. Nicht allein medizinische Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren, sondern auch Maßnahmen der Pflege sowie der psychosozialen Begleitung und Stützung sowie präventive Maßnahmen werden unter den Begriff der Intervention subsumiert.

1.6 Ausschau auf den Vierten Altenbericht

Zunächst wird darauf verwiesen, dass die Institutionalisierung der gerontologisch-geriatrischen Forschung zum (hohen) Alter in Deutschland noch keineswegs ausreichend gesichert ist (Kapitel 2). Danach werden die materiellen, sozialen, gesundheitlichen und insbesondere die auf Demenz bezogenen Risiken des hohen Alters detailliert beschrieben (Kapitel 3). Die angesichts dieser Risiken des hohen Alters notwendigen Interventionsangebote – durch die Familie und soziale Netze, durch medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung sowie durch ökologisch-technische Ressourcen –

werden dargestellt und Defizite aufgezeigt (Kapitel 4). Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden mit besonderer Betonung des Sozialrechts anschließend behandelt (Kapitel 5). Schließlich werden die ethischen Grundlagen der individuellen und gesellschaftlichen Solidarität mit hochaltrigen Menschen erörtert: Wenn Erhaltung des individuellen Lebens ein hochrangiger, vielleicht sogar der höchstrangige Wert ist, folgt hieraus auch die anthropologische Wertsetzung und notwendigerweise auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Alter und Hochaltrigkeit (Kapitel 6). In einem abschließenden Kapitel werden dann die Empfehlungen der Kommission vorgestellt (Kapitel 7).

2 Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz

2.1 Einleitung

Der Großteil gerontologischer Forschung hat sich in den letzten 20 Jahren auf ein positives Bild des Alters konzentriert, indem sie sich zumeist mit der Gruppe der jungen Alten beschäftigte. Im Kontext des so genannten erfolgreichen Alterns sind körperliche und geistige Gesundheit, funktionelle Kapazität, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden zentrale Themen der Forschung (Kruse & Wahl 1999a; Lehr 1996). Die Entwicklung des jungen Alters (der 60- und 70-Jährigen) wird mitunter als Erfolgsgeschichte der Gerontologie bezeichnet, die sich nachdrücklich um eine positive Sicht des Alterns bemühte. Untersuchungen in den Industrienationen konnten eindrucksvolle Verbesserungen in der psychologischen Funktionstüchtigkeit und Gesundheit dieser Altersgruppe im Vergleich zu früheren Kohorten Älterer nachweisen (siehe auch Kapitel 3.5). Ob diese Entwicklung auch für das hohe Alter ab dem 80. Lebensjahr gelten kann, ist noch offen, obwohl die gegenwärtige Bilanz weniger optimistisch ist. Und obwohl man sich im Allgemeinen einig ist, dass gegenwärtige und zukünftige Kohorten älterer Menschen im Mittel eine höhere Lebenserwartung haben als frühere Generationen, besteht Uneinigkeit über die Lebensqualität der zusätzlichen Jahre (Smith & Zank 2001).

In dieser Debatte gibt es zwei Hauptströmungen. Eine prognostiziert, dass diese zusätzlichen Lebensjahre für die meisten Menschen durch gute Lebensqualität geprägt sein werden. Zum Teil mag dieses positive Ergebnis auf Prozesse im Zusammenhang mit der Plastizität des Alterns zurückzuführen sein: Alterungsprozesse könnten im interaktiven Kontext von langlebigkeitsfördernden Umwelten verlangsamt oder verzögert werden (z. B. Finch 1998; Rowe & Kahn 1987). Die andere Perspektive ist negativer. Sie geht davon aus, dass die gewonnenen Lebensjahre durch Gebrechlichkeit, Beeinträchtigungen, Multimorbidität, Verlust der Autonomie und der Identität geprägt sein werden. Da die Gerontologie eine relativ junge Forschungsdisziplin ist, ist ein Ende dieser Debatte nicht in Sicht.

In dieser Situation ist es aufschlussreich zu erfahren, inwieweit gerontologische Forschung Hochaltrigkeit behandelt und welche Themenbereiche dabei abgedeckt werden. Im Einzelnen soll untersucht werden:

– Welche Fragestellungen dominieren die bisher durchgeführten empirischen Forschungsprojekte zum Thema Hochaltrigkeit?

– Welche Forschungseinrichtungen und Institute sind auf dem Gebiet der Hochaltrigenforschung in Deutschland tätig?

– Welchen Stellenwert haben spezifische Fragestellungen der Hochaltrigkeit innerhalb der allgemeinen Altersforschung in Deutschland?

– Lassen sich bei der Auswahl der Fragestellungen für empirische Forschungsprojekte zur Hochaltrigkeit in Deutschland besondere Schwerpunkte und eventuelle Defizite im internationalen Vergleich feststellen?

– Welche Forschungsaktivitäten gibt es auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen?

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir – bezogen auf die letzten zehn Jahre – Forschungsaktivitäten dokumentiert, die hauptsächlich auf den Recherchen von Smith & Zank (2001) und Förstl et al. (2001) sowie auf eigenen Erhebungen basieren:

– Auf der Grundlage einer Auswertung zentraler gerontologischer Fachzeitschriften geben wir eine Zusammenfassung der bisherigen Forschung in Deutschland und vergleichen diese mit dem Themenspektrum ausgewählter englischsprachiger Zeitschriften.

– Es werden die wichtigsten Forschungsprojekte vorgestellt, die in Deutschland auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit vorliegen.

– Es wird ein Überblick zur nationalen und internationalen Forschungslage auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen gegeben.

– Schließlich wird die bisherige Forschung in Bezug auf inhaltliche und methodische Aspekte bewertet, um daraus Vorschläge für künftige Forschungsförderung und -organisation abzuleiten.

2.2 Forschung zum vierten Lebensalter in Deutschland: Themenübersicht, Forschungseinrichtungen und ausgewählte Projekte

2.2.1 In vier deutschen Fachzeitschriften vertretene Themen

Auch bei einer Beschränkung auf Hochaltrigkeit ist es eine schwer lösbare Aufgabe, einen Überblick über alle Forschungsaspekte zu geben, vor allem weil die Gerontologie ein multidisziplinäres Feld ist und multiple Ebenen hat, sogar innerhalb der einzelnen Disziplinen (Birren 1999; Zglinicki 2000). Dieser Überblick ist auf Material beschränkt, das veröffentlicht wurde und für Smith und Zank (2001) gut verfügbar war. Sie konzentrieren sich auf Forschungsergebnisse, die hauptsächlich in übergreifenden gerontologischen Fachzeitschriften und nicht in individuellen disziplinspezifischen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Eine Recherche in neurowissenschaftlichen, medizinischen, biologischen, soziologischen, epidemiologischen oder sozialpolitischen Zeitschriften hätte wahrscheinlich ein anderes Bild ergeben. Auch ist zu beachten, dass in Deutschland durchgeführte gerontologische Forschung vielfach auch oder sogar in erster Linie in eng-

lischsprachigen Zeitschriften publiziert wird (was gerade auch für die international besonders konkurrenzfähigen Forschungsarbeiten gilt), sodass die nachfolgende Übersicht keinesfalls den Anspruch auf eine repräsentative oder gar vollständige Darstellung der gerontologischen Forschungslandschaft in Deutschland erheben kann.

Der Überblick über die deutschen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit bezieht sich auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

– „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,458)
– „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“
– „Der Nervenarzt“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,641)
– „Pflege“

Diese Zeitschriften stellen zentrale Organe verschiedener deutscher, mit Gerontologie, Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft befasster Gesellschaften dar. Allerdings wird nur ein Teil der Forschungsergebnisse der in Deutschland tätigen Vertreterinnen und Vertreter dieser Disziplinen in diesen Fachzeitschriften veröffentlicht, und auch nur ein Teil in deutschsprachigen Organen überhaupt. Anzumerken ist ferner, dass die „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ und „Pflege“ nicht in den entsprechenden ISI-Ausgaben aufgelistet waren, sodass es nicht möglich ist, „Journal impact factors“ für sie anzugeben.

Die Zeitschriften wurden mithilfe der PsycInfo- und Medline-Datenbanken nach im Zeitraum von 1990 bis 2000/2001 erschienenen Artikeln durchsucht, die den Schlüsselbegriff „very old“ aufwiesen. Der Suchprozess in Literaturdatenbanken wird durch Begriffe geleitet, die in Artikeltiteln, Zusammenfassungen und/oder unter den Schlüsselbegriffen vorkommen, die von Autoren oder Herausgebern bzw. Datenbankredakteuren vorgegeben werden. Beiträge von Autoren, die keine spezifischen Altersangaben zu ihren Studienteilnehmern machten, blieben unberücksichtigt. Die Recherche konzentriert sich vor allem auf Berichte zu empirischer Forschung und nicht auf Übersichtsartikel. Die Beiträge mit genügend hochaltrigen Teilnehmern wurden ausgewählt und einer Analyse des Inhalts, der Art des Studiendesigns, der Stichprobengröße, der eingesetzten Erhebungsinstrumente und der Forschungsqualität unterzogen. Tabelle 2-1 gibt einen Überblick über die Anzahl von Publikationen, die sich mit Hochaltrigen beschäftigen. Außerdem wurden die Artikel ausgewählten Inhaltsbereichen zugeordnet.

Tabelle 2-1

Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen Fachzeitschriften

Inhaltsanalyse		Gerontologie und Geriatrie	Gerontopsychologie und -psychiatrie	Der Nervenarzt	Pflege
Untersuchte Jahrgänge		1990–2000	1992–1999	1990–2000	1995–2000
Gesamtzahl der publizierten Artikel		572	236	1563	260
Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige[1]		49 *(9 %)*	23 *(10 %)*	9 *(< 1 %)*	9 *(4 %)*
Inhaltsbereiche[2]					
Gesundheit :	– Krankheiten	20 *(41 %)*	1 *(4 %)*	–	–
	– funktionelle Gesundheit	8 *(16 %)*	3 *(13 %)*	–	–
	– Psychiatrie	3 *(6 %)*	1 *(4 %)*	4 *(45 %)*	–
Rehabilitation		2 *(4 %)*	–	–	–
Demenz		3 *(6 %)*	1 *(4 %)*	4 *(45 %)*	–
Depression		–	1 *(4 %)*	1 *(10 %)*	–
Kognition		3 *(6 %)*	12 *(52 %)*	–	–
Pflege:	– Organisation/Kosten	3 *(6 %)*	1 *(4 %)*	–	4 *(45 %)*
	– „Caregiving“	–	2 *(9 %)*	–	4 *(45 %)*
Soziales Netzwerk		1 *(2 %)*	3 *(13 %)*	–	–
Selbst und Persönlichkeit		2 *(4 %)*	2 *(9 %)*	–	–
Wohlbefinden		–	3 *(13 %)*	–	–
Finanzen (Rente etc.)		1 *(2 %)*	1 *(4 %)*	–	–
Recht		–	–	–	–
Sonstiges		3 *(6 %)*	5 *(22 %)*	–	1 *(10 %)*

1 Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigten in % aller im betrachteten Zeitraum publizierten Artikel.
2 Behandelte Inhaltsbereiche (in % der Beiträge, die sich mit Hochaltrigkeit beschäftigen, Mehrfachzuordnungen möglich).

Quelle: Smith, Jacqui & Zank 2001.

Tabelle 2-1 verdeutlicht, dass nur ein sehr kleiner Anteil aller 1990 bis 2000 in den vier untersuchten deutschen gerontologischen Zeitschriften erschienenen Beiträge auf empirische Forschung zur Hochaltrigkeit einging. Bei den Zeitschriften „Pflege“ (4 %) und „Der Nervenarzt“ (unter 1 %) ist der Anteil der Arbeiten mit einem Schwerpunkt auf Hochaltrigkeit sehr niedrig. Bei den beiden gerontologischen Zeitschriften liegt der entsprechende Anteil bei 9 bzw. 10 %. Dieser Befund ist um so überraschender in Anbetracht der Tatsache, dass diese Zeitschriften gerade wegen ihres Fokus auf dem hohen Alter ausgewählt wurden. Die Mehrzahl der Publikationen in diesen Zeitschriften beschäftigt sich zwar mit Themen, die im höchsten Alter relevant sind (z. B. Demenz, Behinderung, Gesundheit, Pflege und Alltagskompetenz), präsentiert aber Forschungsergebnisse, die auf Datenerhebungen bei jungen Alten beruhen.

Unter den Beiträgen zum höchsten Alter in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ gehen 41 % auf spezifische Erkrankungen und medizinische Therapien ein. Klinische Forschung steht bei 38 % und epidemiologische Forschung bei 10 % im Mittelpunkt. Methodisch gesehen sind korrelative und deskriptive Analysen in der Mehrheit. Probleme im Zusammenhang mit dem geriatrischen Assessment und der Medikation sowie Gesundheitskosten und Krankenhausaufenthalte sind Schwerpunktthemen. Beiträge zu Sozialleben und Wohlbefinden im hohen Alter sind rar. Ein Artikel geht auf den Lebenskontext im letzten Lebensjahr ein (Bickel 1998). Ein Anteil von 12 % der Artikel berichtet über Daten aus anderen Ländern.

Zum Thema Rehabilitation können nur zwei Studien identifiziert werden, beide wurden in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ veröffentlicht (Clausen & Lucke 1998; Herrmann, R. & Meier-Baumgartner 1999). Darüber hinaus gibt es eine Arbeit in der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ zur Evaluation eines computergestützten kognitiven Trainings mit hochaltrigen Patientinnen und Patienten eines geriatrischen Krankenhauses, das nach unserer Klassifikation unter der Rubrik „Kognition“ verbucht wurde (Ott-Chervet et al. 1998).

Das Thema Demenz wird in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ dreimal sowie in der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ einmal adressiert. In der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ sind es vier von neun Publikationen, die alle über Daten der Berliner Altersstudie berichten.

In der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ wurden zwölf von 23 Studien zu Hochaltrigen dem Thema Kognition zugeordnet. Elf dieser Artikel berichten Anlage und Ergebnisse einer umfangreichen Grundlagen- und Interventionsstudie zu „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter“ (SIMA, Oswald, W.D. et al. 1992).

Den Inhaltsbereich Pflege behandeln sechs Arbeiten der gerontologischen Fachzeitschriften. Hierbei beschäftigen sich zwei Arbeiten mit Fragen zur Evaluation gerontopsychiatrischer Versorgung (Gutzmann et al. 2000; Klostermann et al. 1998), die anderen Artikel betreffen allgemeine Fragen zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Auffällig ist das vollständige Fehlen von Arbeiten zu pflegenden Angehörigen.

Die Zeitschrift „Pflege“ haben Smith und Zank (2001) in die Analyse aufgenommen, weil sie – die erste deutsche Fachzeitschrift für Pflegekräfte – als Publikationsorgan für die Pflegewissenschaften bedeutsam ist. In den untersuchten fünf Jahrgängen wurden insgesamt 260 Arbeiten publiziert, hiervon neun Studien (4 %) zu Hochaltrigen. Berücksichtigt man alle Arbeiten zu Personen über 65 Jahren, dann sind es 23 (9 %) Publikationen. Es handelt sich also um eine Zeitschrift, in der gerontologische Themen selten vorkommen.

Bei dem Überblick zu internationalen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit konzentrierten sich Smith und Zank (2001) auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

- „Psychology and Aging“ (ISI Journal impact factor 2000: 2,66)
- „The Gerontologist“ (ISI Journal impact factor 2000: 1,95)
- „Journals of Gerontology“ (ISI Journal impact factor 2000: A 1,54/ B 1,20)
- „Aging and Mental Health“ (ISI Journal impact factor 2000: 0,73)

Diese Zeitschriften sind die zentralen Publikationsorgane verschiedener gerontologie-assoziierter Gesellschaften (Gerontological Society of America und Division 20 der American Psychological Association, die sich mit dem Erwachsenenalter und dem Altern beschäftigt). Die „Journals of Gerontology“ enthalten Artikel aus vier Disziplinen: Biologie, Medizin, Psychologie und Soziologie. Die Auswahl der Beiträge und die Zuordnung zu den Inhaltsbereichen erfolgte in gleicher Weise wie bei den deutschsprachigen Zeitschriften (Tabelle 2-2).

Aus Tabelle 2-2 geht hervor, dass es bezogen auf alle gerontologischen Studien anteilig mehr Arbeiten zu sehr alten Menschen in den internationalen (7 %) als in den deutschen Publikationsorganen (3,5 %) gibt. In Bezug auf die Inhaltsbereiche zeigt sich, dass in den deutschen Fachzeitschriften häufiger der Inhaltsbereich „Krankheit“ thematisiert wird, in den englischsprachigen Publikationen stehen dagegen die Bereiche „funktionelle Gesundheit“, „Demenz“ und „Depression“ im Vordergrund.

2.2.2 Übersicht der Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf das Altern konzentrieren

Mithilfe von Internetrecherchen wurden 190 Forschungseinrichtungen identifiziert, die sich in Deutschland mit dem Altern beschäftigen. Diese Liste ist wahrscheinlich unvollständig, weil beispielsweise nicht alle Forschungsgruppen eine eigene Website haben. Wir schätzen, dass

Tabelle 2-2

Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen und vier internationalen (englischsprachigen) Fachzeitschriften

Inhaltsanalyse	Deutsche Fachzeitschriften "Gerontologie und Geriatrie" "Gerontopsychologie und -psychiatrie" "Der Nervenarzt" "Pflege"	Englischsprachige Fachzeitschriften "Psychology and Aging" "Journals of Gerontology" "The Gerontologist" "Aging and Mental Health"
Untersuchte Jahrgänge	1990–2000[1]	1990–2000[2]
Gesamtzahl der publizierten Artikel	2.631	3.966
Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige	90 *(3,5 %)*[3]	285 *(7 %)*[3]
Inhaltsbereiche	Anzahl der Beiträge die einzelne Inhaltsbereiche behandeln[4]	
Gesundheit : – Krankheiten	21 *(23 %)*	12 *(4 %)*
– funktionelle Gesundheit	11 *(12 %)*	48 *(17 %)*
– Psychiatrie	8 *(9 %)*	15 *(5 %)*
Rehabilitation	2 *(2 %)*	5 *(2 %)*
Demenz	8 *(9 %)*	45 *(16 %)*
Depression	2 *(2 %)*	26 *(9 %)*
Kognition	15 *(16 %)*	40 *(14 %)*
Pflege: – Organisation/Kosten	8 *(9 %)*	21 *(7 %)*
– „Caregiving“	6 *(7 %)*	20 *(7 %)*
Soziales Netzwerk	4 *(4 %)*	22 *(8 %)*
Selbst und Persönlichkeit	4 *(4 %)*	24 *(8 %)*
Wohlbefinden	3 *(3 %)*	9 *(3 %)*
Finanzen (Rente etc.)	2 *(2 %)*	1 *(<1 %)*
Recht	–	–
Sonstiges	9 *(10 %)*	17 *(6 %)*

[1] Außer: „Gerontopsychologie und -psychiatrie“: 1992–1999 und „Pflege“: 1995–2000.
[2] Außer: „Journals of Gerontology“: 1990–2001 und „Aging and Mental Health“: 1997–2000.
[3] Prozentanteil der im betrachteten Zeitraum publizierten Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigten.
[4] Prozentwerte in Klammern addieren sich zu mehr als 100 %, weil Mehrfachzuordnungen möglich sind.

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Angaben in Smith, Jacqui & Zank 2001.

sich weniger als 10 % der Forschungseinrichtungen mit Hochaltrigen beschäftigen. Diese Gruppen sind vor allem in sechs Regionen lokalisiert, nämlich Berlin, Heidelberg, Rostock, Mannheim, Ulm und Leipzig. Nach Einschätzung von Smith und Zank (2001) sind die Kontakte und der Austausch zwischen den Wissenschaftlern dieser Gruppen relativ beschränkt. Es gibt kein System wie die MacArthur Networks in den USA, die Diskussionen und Kommunikation unter Wissenschaftlern anregen, die sich auf das gleiche Gebiet spezialisiert haben.

Es war ein Ziel des Fünften Rahmenprogramms der EU, solche Netzwerke für folgende fünf Forschungsbereiche zu etablieren:

1. Altersbedingte Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit hoher Erkrankungsrate.
2. Ausschlaggebende biologische, psychologische, soziale und wirtschaftliche Faktoren des Älterwerdens bei guter Gesundheit und die zu Behinderung führenden Mechanismen.
3. Demographische und epidemiologische Forschung von alterungs- und behinderungsbezogenen Trends.
4. Neue Konzepte zur Hinauszögerung des Beginns funktioneller Einschränkungen, zur Verringerung von Problemen, die das soziale Umfeld und die Umwelt an Senioren stellen.
5. Effektive und effiziente Erbringung von Gesundheitsdiensten und sozialen Pflegediensten für Seniorinnen und Senioren, einschließlich vergleichender Forschung über die Finanzierung von Langzeitpflege und Renten.

Einige deutsche Institutionen sind in das Fünfte Rahmenprogramm der EU eingebunden. Beispiele sind das EURODEM-Netzwerk zur Epidemiologie der Demenzen, das EU-GERON-Netzwerk, das eine europaweite Längsschnittstudie zum Altern (EXCELSA) entwickelt und das „Survey of Health, Aging and Retirement in Europe“ (SHARE), das vom Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Sozialer Wandel koordiniert wird. Deutsche Mitglieder dieser Netzwerke legen im Allgemeinen keinen Forschungsschwerpunkt auf Hochaltrige.

Soweit wir wissen, gibt es kein multidisziplinäres Sonderforschungsprogramm, das sich mit Hochaltrigkeit beschäftigt. Das 1998 etablierte und von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierte Graduiertenkolleg „Psychologisch-Medizinische Gerontologie: Psychische Potenziale und ihre Grenzen im Alter“ an der Freien Universität Berlin bietet aber einen Kontext, in dem junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Medizin und Psychologie gerontologische Forschung zur Erlangung ihrer Promotion betreiben können. Dieses Programm ist mit der Berliner Altersstudie assoziiert. Dennoch ist sogar innerhalb dieses Kollegs die Anzahl der gegenwärtigen Dissertationsprojekte zum vierten Lebensalter gering.

Die Einschätzung von Smith und Zank (2001), dass nur 10 % der 190 Forschungseinrichtungen einen Schwerpunkt auf Hochaltrige legen, mag auf den ersten Blick niedrig scheinen. Wenn man sie jedoch im Zusammenhang mit anderen Bewertungen der Struktur gerontologischer Forschung und der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Ausbildung in Deutschland betrachtet, wird unsere Einschätzung plausibel. Mittelstraß et al. (1992) stellten fest, dass es im Vergleich zu den USA in Deutschland an Initiativen zur Etablierung von Gerontologiezentren an Universitäten, zur Institutionalisierung und Finanzierung von gerontologischer Forschung und zur Verbesserung gerontologischer Ausbildung mangelte. Acht Jahre später kommt von Zglinicki (2000) zu einer ähnlichen Einschätzung: „there are no institutionalized modern biogerontological research facilities in all Germany“ (S. 267).

Nikolaus (1998) ist sehr kritisch, was die Situation der geriatrischen Ausbildung anlangt. In einer Befragung von 34 medizinischen Fakultäten fanden sich nur fünf (15 %) mit C4-Professuren für Geriatrie (Humboldt-Universität zu Berlin, Ruhr-Universität Bochum, Universität Erlangen, Universität Ulm und Universität Witten/Herdecke), nur eine (3 %) mit einer C3-Professur für Geriatrie innerhalb der Inneren Medizin (Universität Leipzig) und zwei (6 %) mit C3-Professuren für Gerontopsychiatrie (Freie Universität Berlin und Universität Göttingen). Diese Situation mag sich über die letzten zwei Jahre geändert haben. Nikolaus stellte jedenfalls fest (1998: 280): „So zeigte die Befragung deutlich, dass entgegen den Forderungen, die bereits im ‚Ersten Altenbericht‘ des Bundesministeriums für Familie und Senioren aufgestellt wurden und im Zwischenbericht der Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel‘ wiederholt wurden, geriatrische Inhalte in der medizinischen Ausbildung nur unzureichend berücksichtigt werden und die Forderung nach Schaffung von Geriatrielehrstühlen und interdisziplinärer geriatrischer Forschung nur in Ansätzen umgesetzt ist.“ (siehe auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993; Deutscher Bundestag 1994).

2.2.3 Darstellung ausgewählter Projekte in Deutschland und einige ihrer zentralen Befunde zum vierten Lebensalter

Um zusätzliche Informationen zu Forschungsaktivitäten zu geben, stellten Smith und Zank (2001) eine Liste von Studien zu Alter und Altern zusammen. Die in Tabelle 2-3 zusammengefasste Information erlaubt einen ersten allgemeinen Eindruck, inwieweit bekannte deutsche Untersuchungen gegenwärtige Kohorten hochaltriger Menschen in ihren Stichproben repräsentieren. Anzumerken ist, dass sich die Angaben des Prozentanteils der 85-jährigen und älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur auf den ersten Messzeitpunkt (bei Aufnahme in die Studie) der verschiedenen Längsschnittstudien bezieht. Im Laufe der Zeit mögen die jeweiligen Studien mehr Hochaltrige untersucht haben. Nichtsdestotrotz ist es interessant festzustellen, dass viele der großen und bekannten Alternsprojekte vor allem Stichproben Mittelaltriger und junger Alter gewählt haben (z. B. der Alters-Survey, BOLSA und ILSE).

Zwölf der in Tabelle 2-3 aufgeführten 19 Untersuchungen beziehen das vierte Lebensalter ein (letzte Tabellenspalte). Drei von ihnen beschäftigen sich ausschließlich mit 100-Jährigen und bieten vor allem deskriptive Daten. Nur die Berliner Altersstudie und die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA+75) sowie die saarlandweite ESTHER-Studie erheben Längsschnittdaten zu Themen der Grundlagenforschung wie beispielsweise den Übergang vom dritten zum vierten Lebensalter. Wesentliche Beiträge zur Hochaltrigkeitsforschung sind auch von dem Health Longevity Survey zu erwarten.

2.2.4 Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen

2.2.4.1 Trends wissenschaftlicher Arbeit im Spiegel der Publikationen

Weltweit ist eine erhebliche Zunahme der Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Demenz zu beobachten. Während 1999 im Publikationsverzeichnis „Medline“ der amerikanischen Nationalbibliothek unter dem Schlagwort „Demenz“ 4 244 Arbeiten verzeichnet waren, stieg die Anzahl im Jahr 2000 auf 5 803 und hat Anfang November 2001 bereits die Zahl 6 804 erreicht. Die deutsche Forschung hat daran nur einen sehr geringen Anteil. Förstl et al. (2001) führten eine Recherche mithilfe eines anderen Dokumentationssystems (Excerpta Medica) durch: Danach wurden von 1991 bis 1999 weit mehr als 20 000 wissenschaftliche Arbeiten zu den Stichworten „Demenz“ und/oder „Alzheimerkrankheit“ publiziert. Die jährliche Steigerungsrate der Publikationen betrug etwa 10 % und war in den Grundlagenwissenschaften höher als bei den klinischen Studien. 40 % der Publikationen stammte aus

Tabelle 2-3

Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)

Nr.	Studienname Autoren	Jahr	Stichprobentyp	N	Geburts-kohorten	Altersspanne/ Mittelwert	Anteil 85 +	Frauen-anteil	4. Lebensalter
1	BOLSA: Bonner Längschnittstudie Lehr & Thomae 1987	1965–84	Zufalls- (5 Städte) + Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	222	1890–95 1900–05	60–75	*0 %*	*46 %*	Nein
2	Alters-Survey Kohli & Künemund 2000	1996	Repräsentativ (Deutschland)	4.838	1911–56	40–85	*0 %*	*50 %*	Nein
3	SIMA Oswald, W.D. et al. 1992	1991–heute	Gelegenheitsstichprobe Screening; Läng sschnitt; Intervention	417	1899–1917	75–93 M = 79	*ca. 15 %*	*67 %*	Nein
4	GSOEP: German Socio - Economic Panel Projektgruppe Sozio-oekono-mischcs Panel (SOEP) 1995	1984–heute	Repräsentativ; Längsschnittuntersuchung privater Haushalte in Deutschland	12.290	1882–	16–98	*1 %*	*50%*	Nein
5	OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Inter-generational Family Solidarity Motel-Klingebiel et al. 2001 Tesch-Römer et al. 2000	2000–heute	Repräsentativ (Norwegen, Spanien, Großbritannien, Israel, Deutschland, städtische Regionen)	6.132	1900–1975	25–100	*ca. 7 %*	*58 % (bei 85+: 68 %)*	Ja
6	ILSE: Interdisziplinäre Langsschnittstudie des Erwachsenenalters Rudinger et al. 1991 Martin, P. et al. 2000	1993–heute	Zufallsstichprobe (5 Städte)	1.394	1930–32 1950–52	43–64	*0 %*	*50 %*	Nein
7	ESTHER: Epidemiologische Längsschnittstudie Brenner et al. 2000	2000–heute	Teilnehmer an Gesundheits-Checkups (Saarland, landesweit)	14.000	1925–1951	50–75	*0 %*	*50 %*	Nach mehrjährigem Follow-up
8	BASE: Berliner Altersstudie Mayer, K. U. & Baltes 1996 Baltes, P.B. & Mayer 1999	1990–heute	Repräsentativ (Berlin); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt	516	1887–1922	70–100+ M = 85	*50 % (258)*	*50 % 258)*	Ja
9	Würzburger Hundertjährigen-Studie	1973–83	Gelegenheitsstichprobe	575	1873–83	100–111	100 %	71 %	Ja

noch Tabelle 2-3

Nr.	Studienname Autoren	Jahr	Stichprobentyp	N	Geburts-kohorten	Altersspanne/ Mittelwert	Anteil 85+	Frauen-anteil	4. Lebensalter
10	Köln-Bonner Hundertjährigen-Studie Lehr 1991; Terinde 1988; Rott 1999	1987/88	Gelegenheitsstichprobe	48	1886–1988	100+	*100 %*	*80 %*	Ja
11	Heidelberger Hundertjährigen-Studie Rott et al. 2001	2000–heute	Repräsentativ (Region Heidelberg)	91	1900/1901	100	*100 %*	*85 %*	Ja
12	Healthy Longevity Survey (Rostock/ China)* Research Group of Healthy Longevity in China 2000	1998–heute	Repräsentativ (22 Provinzen); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt	8.961	1890–1908	106+: n =156 100–105: n = 2274 80–99: n = 6687	*80 %*	*50 %*	Ja
13	Das letzte Lebensjahr: Mannheim Bickel 1998	1991–93	Repräsentativ; Zufallsauswahl von Verstorbenen	1.122	?	65–108 M = 80	*39 %*	*59 %*	Ja
14	Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA+75) Riedel-Heller et al. 2001	?	Repräsentativ (Leipzig – Süd)	1,692	?	75–99 M = 86,8	ca. *70 %*	*83 %*	Ja
15	Interventionsprogramm für Pflegende in Altenheimen Baltes, M. M. et al. 1994	1988/91	Gelegenheitsstichprobe Prä–Posttest	106	1896–1913	68–91 M = 83	*50 %*	*95 %*	Ja
16	Depression und Demenz in Pflegeheimen Weyerer et al. 1995	1988	Repräsentativ	542	1893–1923	65–95 M = 82	ca. *50 %*	*88 %*	Ja
17	Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen Schneekloth & Müller 1997	1994	Repräsentativ	3,015	1894–1944	50–100	*43 %*	*79 %*	Ja
18	Interventionen im Heim Saup & Schröppel 1993	1989/92	Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	160	?	73–89 M = 82	ca. *50 %*	*100 %*	Ja
19	Evaluation von Tagespflege Zank & Schacke 2001	1994/98	Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	148	1903–1929	65–91 M = 79	*27 %*	*74 %*	Ja

Anmerkung: Stichprobengröße (N), Alters- und Geschlechtsverteilung und Einbeziehung des vierten Lebensalters beziehen sich jeweils auf den ersten Messzeitpunkt.

Diese Daten werden in China erhoben. Einer der leitenden Wissenschaftler ist in Deutschland angesiedelt. Das Projekt wird z. T. durch die Max-Planck-Gesellschaft finanziert.

den Vereinigten Staaten, 10 % aus Großbritannien, 7 % aus Japan, 5 % aus der Bundesrepublik Deutschland, 4 % aus Frankreich und jeweils 3 % aus Italien, Schweden und den Niederlanden. Eine im November 2001 von der Kommission durchgeführte Medline-Recherche nach nationalen Forschungsanteilen zeigte vergleichbare Ergebnisse: auf eine Demenzstudie mit deutscher Beteiligung kommen drei mit britischer und 20 mit amerikanischer Beteiligung (Abbildung 2-1).

Im internationalen Vergleich spielt die Demenzforschung in Deutschland somit quantitativ nur eine marginale Rolle. Dass hier ein generelles gerontologisches Forschungsdefizit vorliegt, wird deutlich, wenn man statt „dementia" „aging" als Suchkriterium verwendet: mehr als 80 amerikanischen Arbeiten steht eine deutsche gegenüber. Dieses Ergebnis bestätigt die Einschätzung von Zglinicki (2000) im Bereich der biomedizinischen Alternsforschung. Danach befindet sich Deutschland, wenn Forschungsproduktivität und ökonomische Leistungsfähigkeit zueinander in Beziehung gesetzt werden, im Verhältnis zu anderen Ländern an letzter Stelle (Zglinicki 2000; Rangfolge: USA, Niederlande, Kanada, Skandinavien, Spanien, Italien, Großbritannien, Frankreich, Japan, Deutschland).

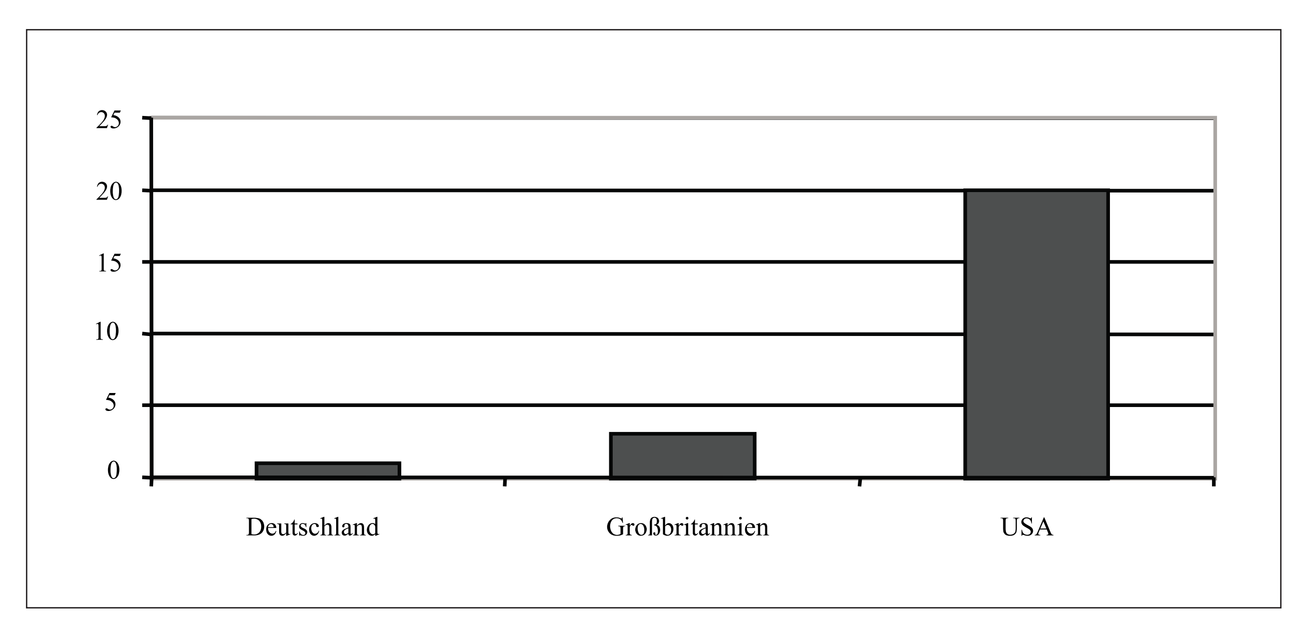
2.2.4.2 Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf Demenz konzentrieren

Ziel dieses Abschnitts ist es, eine aktuelle und möglichst umfassende Zusammenstellung von Instituten, Kliniken, Forschungseinrichtungen und Personen zu präsentieren, die sich wissenschaftlich mit dem Thema Demenz beschäftigen. Zu diesem Zweck wurde eine Internetrecherche durchgeführt. Die Schwerpunkte lagen dabei auf der Suche in Homepages von Universitäten und Max-Planck-Instituten. Auch kommerzielle Suchmaschinen (z. B. „Google") kamen zur Anwendung. In einigen Universitäten konnte man eine Forschungsdatenbank zur Suche nach Projekten und Arbeitsgruppen nutzen, aber bei den meisten Einrichtungen mussten Recherchen bei den infrage kommenden Fachbereichen (vor allem Biologie, Chemie, Pharmazie, Psychologie, Soziologie, Medizin) durchgeführt werden. Nachdem die Namen und Adressen der Wissenschaftler erfasst worden waren, wurde über alle im Science Citation Index erfassten Jahre (SCI, http://isi.digibib-nrw.de) die Anzahl ihrer Publikationen (Zeitschriften-Artikel, Reviews, meeting-reports; keine Buchkapitel) zum Thema Demenz und die Anzahl der Zitierungen dieser Arbeiten festgestellt. Bei der Suche wurden alle Disziplinen berücksichtigt, die sich mit Demenzforschung befassen, u. a. Molekularbiologie, Neuropsychologie, Epidemiologie, Pflege, Bildgebung. Die Recherche umfasste alle Demenzformen, wobei in den Suchergebnissen – entsprechend ihrer epidemiologischen Bedeutung – ein Übergewicht zugunsten der Alzheimer-Krankheit gefunden wurde.

Die Selbstdarstellungen der Einrichtungen in ihren Publikationen sind in Umfang und Darstellung der eigenen Arbeit oft äußerst unterschiedlich, was ebenfalls zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann. Im Bereich der Demenzforschung wurden publizierende Forscher mit ihren Arbeitsschwerpunkten (Grundlagenforschung, Diagnostik,

Abbildung 2-1

Vergleich der Publikationsanzahl auf dem Gebiet der Demenz in verschiedenen Ländern



Quelle: Smith & Zank 2001 und eigene Recherche.

Therapie, Versorgung) erfasst. Bei der Schwerpunktfindung diente meist die am häufigsten zitierte Arbeit als Kriterium. Bei vielen Forschern sind Demenzthemen der zentrale Forschungsgegenstand.

In der sicherlich auch nach sorgfältiger Recherche nicht vollständigen Auflistung wurden 124 Forscherinnen und Forscher in Deutschland identifiziert, die mindestens eine Arbeit zur Demenz publiziert haben Bei dieser im internationalen Vergleich sehr kleinen Gruppe finden sich teilweise qualitativ hochwertige Arbeiten in englischsprachigen Zeitschriften mit hohem Impact-factor (Zglinicki 2000). Regionale Schwerpunkte mit mindestens zehn Forschenden finden sich in Berlin, Düsseldorf, Leipzig und München (Tabelle 2-4).

Eine grobe Unterteilung in Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Versorgung anhand einer Einschätzung der Publikationsthemen soll hier nur als Orientierung dienen. Es zeigt sich, dass eine klare Mehrheit der Forscherinnen und Forscher (81) in dem Bereich Grundlagenforschung arbeitet. Mit deutlichem Abstand folgen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der Diagnostik (28), der Therapie (12) und der Versorgung (3) Demenzkranker tätig sind.

Tabelle 2-4

Demenzforschung in Deutschland

Ort	Anzahl erfasster Forschender	Vorhandene Forschungsbereiche (erfasste Forschende)				Mitwirkung in Gremien		Teilnahme MedNet Demenz
		Grundlagen	Diagnostik	Therapie	Versorgung	National	International	
Bad Aibling	1	–	1	–	–	–	–	–
Berlin	11	6	2	3	–	2	1	+
Bochum	5	4	1	–	–	–	–	–
Bonn	3	2	1	–	–	1	1	+
Düsseldorf	10	5	3	1	1	1	2	+
Erlangen	6	2	2	2	–	–	–	+
Frankfurt a.M.	6	4	1	1	–	2	1	+
Freiburg	4	3	1	–	–	–	–	+
Göttingen	6	4	1	1	–	–	–	+
Hamburg	6	6	–	–	–	–	–	+
Heidelberg	8	4	3	–	1	–	–	+
Homburg/Saar	2	1	–	1	–	2	–	–
Karlsruhe	0	–	–	–	–	2	–	–
Köln	5	2	3	–	–	–	–	–
Leipzig	10	7	3	–	–	–	–	+
Mainz	0	–	–	–	–	1	–	–
Mannheim	3	1	1	1	–	–	–	+
Martinsried	6	6	–	–	–	–	–	–
München	13	11	1	–	1	1	2	+
Nürnberg	1	–	1	–	–	–	–	–
Regensburg	2	2	–	–	–	–	–	–
Rostock	1	–	–	1	–	–	–	–
Tübingen	6	5	–	1	–	–	–	–
Ulm	3	3	–	–	–	–	–	–
Werneck	1	1	–	–	–	–	–	–
Windach	1	–	1	–	–	–	1	–
Witten-Herdecke	1	1	–	–	–	–	–	–
Würzburg	2	1	1	–	–	1	–	+
Wuppertal	1	–	1	–	–	–	–	–
Gesamt	124	81	28	12	3	13	8	13

Schon in der Expertise von Förstl (2001) zum Dritten Altenbericht wurde aufgezeigt, dass in den USA – im Vergleich zu Deutschland – die achtfache Zahl von Arbeiten auf dem Gebiet der Demenz publiziert wurde. Zur Erklärung dieser großen Diskrepanz sind eine Reihe von strukturellen Unterschieden zu nennen. Während in den USA eine Vielzahl von Alzheimerforschungszentren existieren, sind solche Institutionen in Deutschland nicht vorhanden. Hier wird Demenzforschung im Wesentlichen von sehr wenigen Lehrstuhlinhabern in den Bereichen Pathologie, Biochemie, Neurologie und Psychiatrie getragen. Die gesellschaftliche Bedeutung der Demenzen hat in den Forschungsinstitutionen bisher keinen adäquaten Niederschlag gefunden. Die Forschung mit den Kranken steht weit hinter der Grundlagenforschung zurück. Die Demenzkrankheiten sind der Gerontopsychiatrie, einem Teilgebiet der Psychiatrie, zugeordnet. In anderen Bereichen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin und der Suchtforschung finden sich Lehrstühle an den Universitäten. In dem Fach Gerontopsychiatrie gibt es keinen Lehrstuhl und derzeit auch keine C3-Professur an deutschen Universitäten. Diese Situation bietet kaum Perspektiven für eine wissenschaftliche Nachwuchsförderung.

Aktuell werden von der DFG 38 Projekte unter dem Stichwort Alzheimer, drei Projekte unter Demenz aufgeführt, wobei die Schwerpunkte auf den Gebieten der Biochemie, Biologischen Chemie, Biophysik und Molekulargenetik liegen. Projekte, die unter dem Förderungsbereich Praktische Medizin geführt werden, entstammen auch den vorgenannten Disziplinen (z. B. Identifizierung neuer Gene der Alzheimerkrankheit). In dem System FORIS sind seit 1998 15 Projekte zur Versorgung Demenzkranker aufgeführt, die außerhalb der DFG gefördert werden (http://193.175.239.23/ows-bin/owa/r.gen_form).

Aktuell plant das Bundesministerium für Bildung und Forschung für einen Zeitraum von fünf Jahren die Förderung einer Netzwerkstruktur zur Demenz. Beteiligt sind derzeit 13 Universitätsstädte (Berlin, Bonn, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen, Hamburg, Heidelberg, Leipzig, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Technische Universität und Ludwig-Maximilian-Universität in München, Würzburg). Finanziert werden anteilsmäßig am stärksten molekulargenetische Grundlagenforschung, ein Datenverarbeitungsnetz und Lehrstühle für Allgemeinmedizin für das Akquirieren von Versuchspersonen. Auf dem Gebiet der Therapieforschung soll mit industrieller Unterstützung eine pharmakologische Kombinationstherapie evaluiert werden.

Nationale Gremien, die sich mit Forschungsfragen zur Hochaltrigkeit und der Demenz in Deutschland beschäftigen sind:

- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychologie,
  (Fachgesellschaft der Gerontopsychiatrie und -psychologie),
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.,
- Deutsche Gesellschaft für Alternsforschung,
  (ein Zusammenschluss der Alternsforscher Deutschlands),
- Hirnliga e. V.,
  (ein Zusammenschluss der Demenzforscher Deutschlands).

Darüber hinaus gibt es eine Reihe internationaler Gruppierungen mit deutscher Beteiligung in der Leitung:

- Europäische Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie e. V. (EAG),
  (Europäische Spezialisten aus Psychiatrie und Psychologie),
- International Psychogeriatric Association (IPA),
  (Internationaler Zusammenschluss von Forschern und Interessierten),
- International College for Geriatric Psychopharmacology
  (Internationaler Zusammenschluss von Geriatrischen Therapieforschern).

2.3 Fazit: Zusammenfassung und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten

Eine von Smith und Zank (2001) durchgeführte Recherche zeigt, dass es nur relativ wenige empirische Studien auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit gibt: In den letzten zehn Jahren beschäftigten sich 3,5 % der in deutschen gerontologischen Zeitschriften veröffentlichten Artikel mit Hochaltrigkeit, in der englischsprachigen Literatur waren es 7 %. Von den etwa 190 gerontologischen Forschungsgruppen in Deutschland konzentrieren sich weniger als 10 % auf Hochaltrigkeit. Programme zur Nachwuchsförderung auf diesem Gebiet sind selten, und der Anteil geriatrischer/gerontologischer Forschung und Lehre an deutschen Universitäten ist gering. Es gibt auch keine multidisziplinären Forschungszentren, die einen besonderen Schwerpunkt auf das höchste Lebensalter sowie auf Demenzerkrankungen legen.

Die Mehrzahl der großen deutschen Panelstudien zum Altern geht auf Fragen im Zusammenhang mit dem mittleren Erwachsenenalter und dem dritten Lebensalter ein. Einige Länder (insbesondere Dänemark, Schweden, Finnland, Niederlande, China und USA) haben bereits Surveys und epidemiologische Studien etabliert, die Längsschnittdaten zu Veränderungen im vierten Alter für gegenwärtige Kohorten erheben und Auskünfte über folgende Kohorten hinsichtlich der Unterschiede ihres funktionellen Status und des Übergangs in das vierte Lebensalter geben werden. Diese Projekte werden in den nächsten Jahren die Vorreiter des Feldes sein. Wenn deutsche Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet in der Zukunft einen hohen Rang erreichen sollen, wären Wissenschaftler gut beraten, Studien zu entwerfen, die Leerstellen in der gegenwärtigen gerontologischen Forschungslandschaft füllen.

Basierend auf Statistiken zu den zentralen Themen der Publikationen zur Hochaltrigkeit in Deutschland und an-

deren Ländern konnten Smith und Zank (2001) zeigen, dass wir eigentlich recht wenig über Gesundheit, funktionelle Kapazität, Ressourcen, Interessen, Meinungen und Lebenskontexte von Menschen über 85 wissen.

Künftige Forschungsaktivitäten sollten nach Meinung der Kommission folgende Felder abdecken:

Die Population der Männer und Frauen über 85 ist heterogen – es gibt große individuelle Unterschiede in den meisten Indikatoren der Gesundheit, der psychologischen Funktionsfähigkeit und des Lebenskontextes (Baltes, P. B. & Mayer 1999). Ein wichtiges Ziel zukünftiger Forschung wird die Erklärung dieser Heterogenität sein. Dazu wird Grundlagenforschung zu einem breiten Themenspektrum benötigt, mit der besonderen Perspektive der Unterscheidung zwischen „normalem“ und „pathologischem“ Altern im vierten Lebensalter. Ein besseres Verständnis der normalen, pathologischen und prädiktiven Faktoren der Alternsprozesse im vierten Lebensalter (und ihrer Ursachen in früheren Jahren) wird die Implementierung von Präventions- und Interventionsstrategien ermöglichen, die zu mehr Jahren guter Lebensqualität beitragen könnten, also zu „aktiver“ Lebenserwartung im Gegensatz zu „inaktiver“ oder beeinträchtigter Lebenserwartung.

Es besteht in Deutschland ein Defizit in der anwendungsbezogenen Forschung bei Hochaltrigen. Ein Grund liegt darin, dass der Ausbau der Pflegewissenschaften aus gerontologischer Perspektive aus zwei Gründen nicht optimal gestaltet wurde. Obwohl die demographische Entwicklung ein wesentliches Argument für die Schaffung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen war, zeigt sich in der Praxis zum einen, dass nur sehr wenige Studiengänge eine explizit gerontologische Ausrichtung haben (Görres, Stefan et al. 2000; Kuhlmey & Winter 2000). Zum anderen wurden die meisten Studiengänge an Fachhochschulen und nur vereinzelt an Universitäten eingerichtet. Die Professorinnen und Professoren an Fachhochschulen haben aufgrund ihrer hohen Lehrverpflichtung und kargen Ausstattung zwangsläufig nur begrenzte Ressourcen für wissenschaftliche Aktivitäten. Beide Gründe tragen dazu bei, dass das Forschungsdefizit in Deutschland so groß ist.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat auf dieses Forschungsdefizit reagiert und 2001 einen Förderschwerpunkt Pflegeforschung eingerichtet (25 Millionen DM in den nächsten sechs Jahren). Beabsichtigt ist die Förderung von vier bis sechs Verbundprojekten mit einer Laufzeit von zunächst drei Jahren. Diese Forschungsinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ist angesichts des Forschungsdefizits dringend notwendig und wird von der Kommission sehr begrüßt.

Die Forschungsaktivitäten und -förderung sollte sich jedoch nicht auf pflegewissenschaftliche Studien beschränken. Es fehlt fundierte Interventionsforschung in allen Bereichen der Gerontologie des vierten Alters, z. B. zu Fragen der geriatrischen Rehabilitation von Hochaltrigen, zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei (institutionalisierten und nichtinstitutionalisierten) demenziell Erkrankten oder zur Evaluation von Interventionen mit pflegenden Angehörigen. Die Notwendigkeit methodisch fundierter Interventionsstudien im hohen Alter wurde bisher weder von den relevanten Disziplinen (Medizin, Psychologie, Gesundheits- und Pflegewissenschaften) ausreichend zur Kenntnis genommen, noch gibt es hinreichende strukturelle Bedingungen zur Durchführung solcher Studien (Verankerung an Universitäten oder Forschungsinstituten, ausreichende Forschungsförderung). Diese Vernachlässigung anwendungsbezogener Forschung zeigt sich beispielsweise auch darin, dass die seit Jahren geplante Abteilung Intervention und Rehabilitation beim Deutschen Zentrum für Alternsforschung in Heidelberg bis heute im Gegensatz zu den anderen drei Abteilungen (Entwicklungsforschung, Soziale und Ökologische Gerontologie, Epidemiologie) nicht realisiert wurde.

Zusammenfassend lassen sich folgende Desiderata für die zukünftige Forschungsförderung formulieren:

– Identifikation und Evaluation geriatrischer, gerontopsychiatrischer, psychosozialer und pflegerischer Interventionen zur Erhöhung der Lebensqualität sehr alter Menschen unter Berücksichtigung verschiedener Krankheitsbilder (z. B. Demenz, Parkinson, Schlaganfall),
– Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verminderung der Belastung pflegender Angehöriger,
– Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verminderung der Belastung pflegender Professioneller und zur Erhöhung der Qualität pflegerischen Handelns,
– Evaluation von ambulanten, teilstationären und institutionellen Versorgungsangeboten,
– Methodisch anspruchsvolle, qualitative und quantitative Forschung. Insbesondere vermehrte Forschung mit Kontrollgruppendesign und mehrfachen Messwiederholungen zur fundierten Evaluation von Verläufen,
– Untersuchung größerer Stichproben in längsschnittlichen Studien; hierbei insbesondere Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen klinischen, epidemiologischen, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gruppen,
– Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses z. B. durch ein Graduiertenprogramm,
– Interdisziplinäre Forschungsprojekte zur Überprüfung der Effekte multidimensionaler Interventionen,
– Internationale Vergleichsstudien zur Versorgung hochaltriger Menschen,
– Strukturelle spezifische Förderung der molekularen Alternsforschung.

Idealerweise sollte zukünftige Hochaltrigkeitsforschung multidisziplinär und in ein umfassendes Programm eingebettet sein. Die an einem solchen Programm beteiligten Disziplinen sollten sowohl die biomedizinischen als auch die sozialwissenschaftlichen Fächer umfassen: Forschende aus den Bereichen Molekulargenetik, Geriatrie, Psychiatrie und Neurowissenschaften benötigen ein Forum für Informationsaustausch mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus der Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Demographie und Epidemiologie.

3 Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters

3.1 Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger

Ein langes Leben zu erreichen ist das Ziel der meisten Menschen, doch sollte dieses Leben auch und gerade im fortgeschrittenen Alter ein gutes Leben sein. Die Bedeutung einer hohen Lebensqualität angesichts einer in Zukunft weiter wachsenden Lebenserwartung wird von vielen Seiten betont (Barofsky 2001). Es hat dabei den Anschein, als gewinne die Frage nach der „Lebensqualität“ vor allem dann an Gewicht, wenn sie verloren zu gehen droht (z. B. aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen) oder wenn im Prozess des Alterns selbst eine Minderung der Lebensqualität gesehen wird. Worin besteht aber ein gutes Leben, und worin besteht ein gutes Leben im hohen Alter? Bevor wissenschaftliche Befunde zur Lebensqualität, zu den Risiken und den Potenzialen des hohen Alters dargestellt werden, sollen zu Beginn dieses Kapitels diese Fragen diskutiert werden, wobei konzeptionelle Überlegungen zur Lebensqualität und seiner Facetten im Mittelpunkt stehen. Zunächst sollen (a) allgemeine Überlegungen zur Lebensqualität angestellt werden. Im nächsten Schritt wird dann (b) die Lebensqualität im hohen Alter fokussiert, wobei auch die Frage gestellt wird, wie Lebensqualität beim Vorliegen einer dementiellen Erkrankung bestimmt werden kann. Abschließend (c) werden die Potenziale des hohen Alters thematisiert und jene Themen vorgestellt, um die es in diesem Kapitel gehen wird.

3.1.1 Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation

Historisch lassen sich zwei wissenschaftliche Traditionen unterscheiden, die sich mit der Konzeptualisierung und Messung von Wohlfahrt und Lebensqualität beschäftigt haben (Noll & Schöb 2001): Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen, in dem objektive Aspekte die Lebensqualität definieren, sowie der Ansatz des subjektiven Wohlbefindens, in dem das individuelle Urteil der Person über die eigene Lebenssituation die Basis für eine Definition darstellt. Allerdings, so soll bereits hier betont werden, dominieren in der gegenwärtigen Forschung integrative Ansätze, in denen sowohl objektive als auch subjektive Aspekte berücksichtigt werden.[2] Eine konturierende Gegenüberstellung der beiden Ansätze soll ausschließlich dazu dienen, das Konzept der Lebensqualität prägnanter darzustellen.

[2] Das gilt auch für den Begriff der „Lebenslage“, der innerhalb eines bestimmten Forschungsstranges auf den Spielraum verweist, „der einem Menschen für die Befriedigung seiner Bedürfnisse und Interessen nachhaltig durch die äußeren Umstände gewährt wird“, wobei materielle und immaterielle Interessen berücksichtigt werden (Dieck, Margot 1979; Naegele, Gerhard 1998; Schulz-Nieswandt 1998).

3.1.1.1 Objektive Lebensqualität

Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen basiert auf dem Konzept der Ressourcen. Lebensqualität wird in diesem Kontext verstanden als das Ausmaß, in dem einer Person mobilisierbare Ressourcen zur Verfügung stehen, mit denen sie ihre Lebensbedingungen in bewusster Weise und zielgerichtet beeinflussen kann (Erikson 1974). Personen werden in dieser theoretischen Betrachtung als aktive und kreative Individuen konzeptualisiert, die nach Autonomie und Erfüllung bei der Erreichung selbst gesetzter Ziele streben. Ziele sind positiv bewertete Zustände, die eine Person anstrebt. Um diese positiv bewerteten Zustände zu erreichen (oder erreichte Zustände nicht aufzugeben), muss die Person Ressourcen oder Mittel verwenden. Ressourcen bestimmen die Handlungsfähigkeit der Person und damit ihre Fähigkeit, die tatsächliche Lebenssituation zu beeinflussen. Bedeutsam ist hierbei, dass es zusätzliche kontextuelle Determinanten gibt, die möglicherweise nicht von der Person direkt beeinflusst werden können (wie etwa Umwelteinflüsse oder die Infrastruktur des Wohngebiets), die aber dennoch die Lebensqualität der Person beeinflussen. Die Lebensqualität einer Person lässt sich also am Ausmaß der zur Verfügung stehenden Ressourcen ablesen, und zwar sowohl der personbezogenen Ressourcen als auch jener Ressourcen, die durch Umwelt und Infrastruktur bereitgestellt werden. Geht man davon aus, dass es trotz einer interindividuell großen Bandbreite von Lebenszielen einige basale, möglicherweise sogar universelle Bedürfnisse und Interessen gibt, so scheint es eine Reihe von Bereichen zu geben, die unstrittig zu den handlungsrelevanten Ressourcen gehören[3]: Einkommen und Vermögen, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit, mentale Kapazitäten (wie Gedächtnis und Denkfähigkeit), soziale Netzwerke (insbesondere Familie und Freunde) sowie Ausstattung der Wohnung und Infrastruktur des Wohnumfelds. Unterschiedliche Abstufungen von Lebensqualität können, auch in der Fremdsicht und durch externe Beobachtung, „von außen“ festgestellt werden als das Vorhandensein oder Fehlen handlungsrelevanter Ressourcen. In diesem Ansatz stehen also objektive Merkmale der Lebensqualität im Mittelpunkt.

3.1.1.2 Subjektive Lebensqualität

Es kann allerdings gefragt werden, ob es ausreicht, die Lebensqualität einer Person an den objektiven Situationsmerkmalen ihrer Lebenssituation festzumachen. Gerade in den Alternswissenschaften zeigt es sich immer wieder, dass sich die Lebensqualität aus der Perspektive des Individuums anders darstellt als aus der Perspektive

[3] wobei manche Ressourcen eigenständigen Zielcharakter erlangen können (z. B. Gesundheit).

Außenstehender: Fremd- und Selbstperspektive unterscheiden sich nicht selten bei der Beurteilung einer scheinbar identischen objektiven Situation (Filipp 2001). Daher wird Lebensqualität auch mit Blick auf das subjektive Urteil des Individuums selbst definiert. Der subjektive Blick auf die eigene Lebenssituation findet sich schon in der These des römischen Philosophen Seneca, dass kein Mensch glücklich sein könne, der sich nicht selbst dafür halte. Ein bedeutsames Argument für die Berücksichtigung subjektiver Urteile liegt in der Erkenntnis, dass die Definition eines „guten Lebens“ durch die betroffenen Personen selbst – und weniger durch Außenstehende – vorgenommen werden sollte (Diener 2000). Das Konzept der Lebensqualität setzt immer ein Werturteil voraus („was ist es, das dem Leben Qualität gibt?“). Daher sollten weniger die Meinungen von Experten als vielmehr Urteile der betroffenen Personen selbst Grundlagen für die Feststellung von Lebensqualität sein. Und auch mit Blick auf Handlungsoptionen kann darauf verwiesen werden, dass nicht allein tatsächliche Ressourcen und objektive Lebenslagen von Bedeutung sind als vielmehr die subjektiven Annahmen über das Maß an Kontrollmöglichkeiten (Schwarzer & Born 1995). Diese Überlegungen legen es nahe, die subjektive Bewertung der eigenen Lebenslage als Grundlage für die Einschätzung von Lebensqualität zu machen. In der psychologischen Forschung hat sich herausgestellt, dass es sinnvoll ist, verschiedene Facetten des „subjektiven Wohlbefindens“ zu berücksichtigen.

Allgemeine und bereichsspezifische Bewertungen: Neben allgemeinen, generellen Einschätzungen des Wohlbefindens („Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen“) sollten auch bereichsspezifische Einschätzungen erhoben werden, etwa zur materiellen Lage, zu sozialen Beziehungen, Gesundheit oder Wohnbedingungen. Globale Bestimmungen der subjektiven Lebensqualität werden oft als summarische Bewertungen gewonnen (z. B. „Alles in allem betrachtet, bin ich mit meinem Leben sehr zufrieden“), oder sie beruhen auf Fragebogenverfahren zur Messung der „allgemeinen Lebenszufriedenheit“. Bereichsspezifische Bestimmungen der subjektiven Lebensqualität beziehen eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensbereiche ein und sind insofern multikriterial resp. mehrdimensional. Auch wenn sich nicht selten deutliche Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischen und globalen Bewertungen ergeben, so ist doch die Berücksichtigung verschiedener Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens notwendig, um ein angemessenes Bild der Lebensqualität zu erhalten. Darüber hinaus wird in der wissenschaftlichen Diskussion darauf hingewiesen, dass subjektives Wohlbefinden mehr ist als Lebenszufriedenheit: Selbstentfaltung, Lebenssinn, Selbstakzeptanz sowie tragfähige persönliche Beziehungen gehören ebenfalls zur Lebensqualität einer Person (Ryff 1989).

Wohlbefinden als erfahrungsabhängig vs. erfahrungsstrukturierend: Nicht allein theoretische Bedeutung hat die Analyse jener Faktoren, die das subjektive Wohlbefinden beeinflussen. In der Forschungsliteratur wird häufig zwischen „bottom-up“ und „top-down“-Theorien des subjektiven Wohlbefindens unterschieden (Diener 1996). Theorien, die Wohlbefinden als erfahrungsabhängig ansehen („bottom-up“ Theorien), gehen davon aus, dass sich Lebenszufriedenheit aus der Summe angenehmer und unangenehmer Erfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zusammensetzt. Als direktes Ergebnis emotionaler Erfahrungen im Alltagsleben, wie etwa angenehmer oder unangenehmer sozialer Interaktionen, nimmt allgemeines subjektives Wohlbefinden zu oder ab. Ein alternativer Ansatz verweist demgegenüber darauf, dass Personen mit stabilen Grundhaltungen und Eigenschaften ausgestattet sind, die sie dazu prädisponieren, Erfahrungen in positiver oder negativer Weise zu machen („top-down“-Theorien). Persönlichkeitseigenschaften, wie etwa Optimismus, Neurotizismus (Ausmaß, mit negativen Emotionen wie etwa Ängstlichkeit zu reagieren) oder Extraversion (Bereitschaft zum Umgang mit anderen Menschen) führen dazu, dass Menschen Ereignisse in einer bestimmten emotionalen Färbung wahrnehmen. Dieser theoretische Ansatz postuliert, dass Menschen mit einer positiven Grundeinstellung das Leben positiver erfahren als Menschen mit einer negativen Grundeinstellung. Lebensqualität entsteht also „im Kopf“ der Person: Im Alltag könnte man davon sprechen, dass Personen mehr oder weniger mit „Glücksfähigkeit“ ausgestattet sind. In diesem Sinne erweist sich Wohlbefinden als eine die Erfahrung strukturierende Größe. Empirische Befunde wurden für beide theoretische Ansätze vorgelegt. Die empirische Forschung hat gezeigt, dass Persönlichkeitseigenschaften in der Tat wichtige Faktoren bei der Erklärung subjektiven Wohlbefindens darstellen. Allerdings sind Persönlichkeitseigenschaften nicht geeignet, die Schwankungen individuellen Wohlbefindens über die Zeit hinweg oder den nachweisbaren Effekt von Umwelteinflüssen auf das subjektive Wohlbefinden zu erklären (Diener 2000).

Kognitive und emotionale Aspekte subjektiven Wohlbefindens: Eine weitere Differenzierung bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen kognitiven und emotionalen Aspekten subjektiven Wohlbefindens (Smith, J. et al. 1996). Kognitive Aspekte der subjektiven Lebensqualität beziehen sich auf Urteile hinsichtlich des eigenen Lebens (z. B. Lebenszufriedenheit), während emotionale Aspekte der subjektiven Lebensqualität auf positive oder negative Gefühle verweisen (z. B. Gefühle des Glücks oder der Trauer). Hinsichtlich der emotionalen Komponente subjektiven Wohlbefindens lässt sich zeigen, dass das Auftreten positiver und negativer Emotionen nicht zwei Pole einer Dimension sind, sondern zwei unabhängige Dimensionen. Befunde sprechen dafür, dass es sich in der Tat um zwei voneinander unabhängige Dimensionen handelt (Diener 1994). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn positive und negative Affektzustände nicht hinsichtlich ihrer Intensität, sondern hinsichtlich ihrer Häufigkeit erfasst wurden. Positive und negative Gefühle schließen sich zwar in der unmittelbaren Erfahrung aus, betrachtet man aber einen gewissen Zeitraum (Wochen, Monate, Jahre), so ist häufiges Auftreten sowohl positiver als auch negativer Gefühle durchaus möglich. Mithilfe tagebuchähnlicher Aufzeichnungen konnte in Studien gezeigt werden, dass in einem definierten Zeitraum positive und negative Affektzustände in ähnlichen Häufigkeiten auftreten, was auf ihre wechselseitige Unabhängigkeit verweist und was

im Alltag mit dem „Wechselbad der Gefühle“ umschrieben wird. Der Zustand der „Affektbalance“ kann als Auftreten positiver Gefühle (häufiges Auftreten angenehmer Emotionen) sowie als Abwesenheit negativer Gefühle (seltenes Auftreten unangenehmer Emotionen) charakterisiert werden.

3.1.1.3 Integrative Ansätze

Wie bedeutsam es ist, Ansätze zur objektiven und subjektiven Lebensqualität miteinander zu integrieren, zeigt die Unterscheidung zwischen Lebensqualität als „Input“ (Bedingungen, objektive Merkmale der Lebenslagen) und Lebensqualität als „Output“ (Resultate, subjektives Wohlbefinden) (Veenhoven 1997). Wenn Lebensqualität mit ihren Bedingungen (Input) gleichgesetzt wird, dann muss man die relevanten Merkmale der objektiven Lebenssituation erkunden, um von diesen Bedingungen auf die Lebensqualität der davon betroffenen Personen rückschließen zu können. Wenn man dagegen Lebensqualität als individuelle Größe (Output) auffasst, so muss diese subjektive Lebensqualität bei den einzelnen Personen, etwa durch Befragungen, erhoben werden. Dass dies nicht nur akademische Fragen sind, sei an folgendem Beispiel verdeutlicht: Wenn es darum geht, die Lebensqualität in stationären Einrichtungen für alte Menschen zu verbessern, dann wird dies sehr häufig – im Sinne der Input-Perspektive – gleichgesetzt mit einer Umgestaltung der äußeren Wohnbedingungen. Es wird nicht selten unterstellt, dass mit einer Veränderung der Wohnbedingungen auch automatisch das subjektive Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen in diesen Einrichtungen erhöht worden sei, ohne dies im einzelnen auch nachzuweisen. Umgekehrt wird im Sinne einer Output-Betrachtung häufig nur das Wohlbefinden erfasst, ohne zu analysieren, inwieweit dies mit äußeren Bedingungen korrespondiert. Es ist durchaus vorstellbar, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Zufriedenheit mit der Gestaltung eines Heimes äußern, obwohl dessen Einrichtung möglicherweise unterhalb des vorgeschriebenen Standards liegt. In diesem fiktiven Fall reicht der Verweis auf die subjektive Zufriedenheit von Heimbewohnerinnen und -bewohnern sicherlich nicht aus, um eine Veränderung der objektiven Ausstattungsbedingungen abzulehnen.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass es nicht reicht, Lebensqualität ausschließlich mit objektiven Situationsbedingungen gleichzusetzen oder ausschließlich als subjektive Bewertung der Person zu definieren. Objektive und subjektive Aspekte der Lebensqualität sind keine alternativen Konzeptionen. Vielmehr ist es bedeutsam, beide Facetten der Lebensqualität zu berücksichtigen, um ein angemessenes Bild der Lebenssituation gerade hochaltriger Menschen zu erhalten. Lebensqualität muss also als multidimensionales Konzept aufgefasst werden. Materielle und immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Aspekte von Wohlergehen und Wohlfahrt fließen in das Konzept der Lebensqualität ein. Im Folgenden sollen nun Ansätze vorgestellt werden, in denen eine Integration beider Perspektiven angestrebt wird.

Wohlfahrtspositionen: Für die empirische Forschung hat sich gerade die Unterscheidung und Gegenüberstellung von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden als den beiden Grundkomponenten der Lebensqualität als ausgesprochen fruchtbar erwiesen (Filipp & Aymanns 1996; Zapf 1984). Die Koinzidenz von guten Lebensbedingungen und positivem Wohlbefinden ist die erstrebenswerteste Kombination und wird als „Well-Being“ bezeichnet (vgl. Übersicht 3-1). „Deprivation“ ist die Konstellation, in der schlechte Lebensbedingungen mit negativem Wohlbefinden einhergehen. „Dissonanz“ bezeichnet die inkonsistente – auch als „Unzufriedenheitsdilemma“ bezeichnete – Kombination von guten Lebensbedingungen und Unzufriedenheit, „Adaptation“ die – auch „Zufriedenheitsparadox“ genannte – Verbindung von schlechten Lebensbedingungen und Zufriedenheit.

Übersicht 3-1

Wohlfahrtspositionen

Objektive Lebensbedingungen	**Subjektives Wohlbefinden**	
	gut	schlecht
gut	Well-Being	Dissonanz
schlecht	Adaptation	Deprivation

Quelle: Glatzer & Zapf 1984.

Das Wohlfahrts- bzw. Lebensqualitätsniveau einer Gesellschaft ist ceteris paribus um so höher, je größer der Anteil der Bevölkerung ist, der sich in der Kategorie „Well-Being“ befindet. Neben den Deprivierten, der traditionellen Zielgruppe der Sozialpolitik, stellen gerade auch die Adaptierten eine besondere Problemgruppe dar: „Die Adaptierten repräsentieren häufig die Realität von Ohnmacht und gesellschaftlichem Rückzug. Gerade sie, die sich subjektiv in greifbare Mangellagen fügen, werden häufig von den etablierten sozialpolitischen Maßnahmen nicht erreicht“ (Zapf 1984: 26). Gerade unter älteren Menschen finden sich in besonderem Maße Personen, die in diesem Sinne als „adaptiert“ zu bezeichnen sind. So wurde in der gerontologischen Forschung wiederholt aufgezeigt, dass sich Befunde zum objektiven Gesundheitszustand von den subjektiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit deutlich unterscheiden (Lehr 1997). Der Begriff des „Paradoxes der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“ hat ebenfalls Eingang in die Gerontologie gefunden (Staudinger 2000). Hiermit ist gemeint, dass die generelle Lebenszufriedenheit im Alter recht stabil ist, obwohl man annehmen könnte, dass aufgrund zunehmender Verlusterfahrungen auch das subjektive Wohlbefinden eingeschränkt sein müsste. Die Bewältigungsforschung hat gezeigt, dass eine Vielzahl innerpsychischer Mechanismen dafür verantwortlich ist, die Integrität des subjektiven Wohlbefindens älterwerdender Menschen zu

schützen (Brandstädter et al. 1993). Diese hohe Resilienz (Widerstandsfähigkeit) alter und sehr alter Menschen kann als bedeutsames Potenzial des Alters bezeichnet werden: auch angesichts widriger Lebensumstände sich Zufriedenheit und eine positive Lebenseinstellung zu bewahren. Allerdings kann man die hohe Adaptionsfähigkeit älterwerdender Menschen auch als ein Problem bei der Planung sozialpolitischer Interventionen ansehen: Gerade weil von älterwerdenden Menschen nur selten Unzufriedenheit mit der objektiven Lebenssituation geäußert wird, besteht die Gefahr, dass die betroffenen Personen sozialpolitische Angebote – trotz „objektiven“ Bedarfs – nicht in Anspruch nehmen oder diese Angebote nicht geschaffen werden.

Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden: Geht man über die Klassifikation dichotomer Ausprägungen subjektiver und objektiver Lebensqualität hinaus, so ist nach den Zusammenhängen zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden zu fragen. Dabei wird in der Regel nicht von einem direktem Zusammenhang ausgegangen; vielmehr wird angenommen, dass intervenierende Einflüsse einen Zusammenhang zwischen Input- und Output-Variablen herstellen. Als Beispiel kann der Zusammenhang zwischen objektivem Gesundheitsstatus und Lebenszufriedenheit genannt werden: Hier konnte gezeigt werden, dass der objektive Gesundheitszustand die subjektive Interpretation der eigenen Gesundheit beeinflusst; die subjektive Gesundheit wiederum auf die Lebenszufriedenheit einwirkt (Brief et al. 1993). In der Berliner Altersstudie (BASE), einer Studie, an der Personen im Alter zwischen 70 und 103 Jahren teilnahmen, wurde der Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen, subjektiven Bewertungen verschiedener Lebensbereiche sowie generelles subjektives Wohlbefinden untersucht (Smith, J. et al. 1996). Die Berliner Altersstudie zeichnete sich dadurch aus, dass eine große Bandbreite von Bereichen sowohl mit objektiven als auch mit subjektiven Maßen untersucht werden konnte: Einkommen und Vermögen, Gesundheit (medizinische Diagnosen und Behinderungen), soziales Netzwerk und Freizeitaktivitäten. In den Daten der Berliner Altersstudie war Alter nur geringfügig mit (zunehmend geringerem) globalen subjektiven Wohlbefinden korreliert, bis in das sehr hohe Alter waren große interindividuelle Unterschiede zu verzeichnen. In prädiktiven Analysen konnte gezeigt werden, dass objektive Lebensbedingungen globales subjektives Wohlbefinden nicht vorhersagen, wenn zugleich bereichsspezifische Bewertungen berücksichtigt werden. Nur Geschlecht und Wohnbedingungen verzeichneten einen direkten Einfluss auf das globale subjektive Wohlbefinden: Frauen äußerten geringere Lebenszufriedenheit als Männer, und Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gaben ein niedrigeres subjektives Wohlbefinden an als Personen, die in der eigenen Wohnung leben. Die stärksten Prädiktoren des subjektiven Wohlbefindens waren jedoch die subjektiven Bewertungen der verschiedenen Lebensbereiche: Einkommen und Vermögen, Gesundheit, soziales Netzwerk sowie Freizeitaktivitäten spielten bei der Vorhersage der globalen Lebenszufriedenheit eine bedeutsame Rolle. Analysiert man die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden und berücksichtigt intervenierende Variablen, so lassen sich die eben erwähnten Phänomene – „Unzufriedenheitsdilemma“ und „Zufriedenheitsparadox“ – möglicherweise aufklären.

Ziele und subjektives Wohlbefinden: Eine weitere Möglichkeit, objektive und subjektive Momente der Lebensqualität miteinander zu integrieren, basiert auf theoretischen Überlegungen zu Bedürfnissen und Zielen. Innerhalb einer bedürfnistheoretischen Betrachtung wird Lebensqualität durch das Ausmaß bestimmt, in dem individuelle Bedürfnisse befriedigt bzw. Lebensziele erreicht sind (Filipp 2001). In der wissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Bedürfnisse diskutiert, etwa eine Hierarchie von Bedürfnissen, in der basale Bedürfnisse („Haben“), soziale Bedürfnisse („Lieben“) und Bedürfnisse der Selbstverwirklichung („Sein“) unterschieden werden (Maslow 1954). Ein besonders in der Gerontologie häufig diskutiertes Bedürfnis ist das nach der Kontrolle über die eigene Lebenssituation (Heckhausen & Schulz 1995). Diese Konzeptualisierung erlaubt auch die Berücksichtigung interindividueller Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse und Ziele. Wohlbefinden kann in diesem Zusammenhang als die Erfüllung unterschiedlicher Bedürfnisse und Ziele definiert werden. Diese sehr allgemeine These wurde mittlerweile in der empirischen Forschung eingehend untersucht. Dabei wurde von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass Alltagsereignisse nicht apriori als positiv oder negativ zu bewerten sind, sondern dass die Bewertung von Ereignissen von der motivationalen Struktur der jeweiligen Person abhängt. Beispielsweise konnte nachgewiesen werden, dass intraindividuelle Veränderungen in der Lebenszufriedenheit stark vom Erfolg in jenen Lebensbereichen beeinflusst werden, die von der Person als zentral für die eigenen Lebensziele eingeschätzt wird, während Erfolg in wenig relevanten Lebensbereichen keinen Einfluss auf die intraindividuelle Variation der Lebenszufriedenheit hatte (Oishi et al. 1999). Ein ähnlicher Befund zeigte sich hinsichtlich der Rolle von Ressourcen. Man kann davon ausgehen, dass nicht jede einer Person zur Verfügung stehende Ressource gleiche Bedeutung für alle von der Person verfolgten Ziele hat. In der Tat konnte gezeigt werden, dass Ressourcen, die als relevant für die eigenen Ziele eingeschätzt wurden, einen größeren Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hatten, als Ressourcen, denen keine Zielrelevanz zugesprochen wurde (Diener & Fujita 1995). Es zeigt sich, dass die Berücksichtigung von Werten, Motiven und Zielen eine Möglichkeit darstellt, um objektive Lebensbedingungen, wie etwa Ressourcen, mit subjektiven Lebensbedingungen in Beziehung zu setzen.

Gesellschaftliche und individuelle Perspektive: Abschließend sollte angemerkt werden, dass Lebensqualität bislang vor allem vom Standpunkt des Individuums aus definiert wurde. Sowohl der Aspekt der objektiven Lebensbedingungen als auch der Aspekt des subjektiven Wohlbefindens bezieht sich auf die einzelne Person. In gesellschafts- und sozialpolitischer Perspektive erscheint es jedoch notwendig, auch Gesellschaften hinsichtlich der

Dimension der Lebensqualität zu beschreiben (Noll 1999). Es könnte beispielsweise gefragt werden, inwiefern Gesellschaften es ihren Mitgliedern ermöglichen, objektive und subjektive Lebensqualität zu erlangen. Einige Beispiele für Dimensionen, mit denen gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Förderung von Lebensqualität eingeschätzt werden können, lauten „soziale Inklusion“, „Lebbarkeit“ von Gesellschaften („livability“) sowie gesellschaftliche Optionen für menschliche Entwicklung („human development“) (ul Haq 1996). Das Konzept gesellschaftlicher „Inklusion“ – als Gegensatz zu gesellschaftlicher „Exklusion“ – verweist auf die Idee, dass Gesellschaften danach streben sollten, ihre Mitglieder in soziale Netze und gesellschaftliche Partizipationsnetze zu integrieren. In ähnlicher Weise verweist der Begriff der „Lebbarkeit“ von Gesellschaften („livability“) auf ein gesellschaftliches und nicht auf ein individuelles Merkmal: Gemeint ist damit die Konsistenz zwischen den Opportunitätstrukturen und Anforderungen einer Gesellschaft in Bezug auf die Bedürfnisse und Ziele ihrer Bürger (Veenhoven 1997). Schließlich rückt das Konzept der „human development“ den Anspruch von Bürgern einer Gesellschaft in den Mittelpunkt, sich in allen Lebensphasen produktiv weiterentwickeln zu können, wobei idealerweise eine harmonische Beziehung zwischen Personen, Gesellschaften und Natur bestehen soll, die es erlaubt, das menschliche Potenzial zu verwirklichen, ohne die gesellschaftlichen und natürlichen Grundlagen zu schädigen oder zu zerstören (Miles 1985). Selbstverständlich sind dies Beschreibungen idealer Zustände; von den Voraussetzungen und Implikationen einer Realisierung soll hier nicht die Rede sein. Von Bedeutung können diese Ideen jedoch bei der Bewertung konkreter gesellschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen sein. Es erscheint außerordentlich sinnvoll, Kriterien heranziehen zu können, um über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Ermöglichung (oder Verhinderung) individueller Lebensqualität zu sprechen.

3.1.2 Lebensqualität im hohen Alter

Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Überlegungen zum Verständnis von Lebensqualität und den verschiedenen Ansätzen seiner Operationalisierung und Messung, stellt sich die Frage, ob diese allgemeinen Komponenten und Merkmale der Lebensqualität auch für Menschen im hohen Alter zutreffen. Im Folgenden sollen daher zunächst Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter diskutiert, danach Befunde zum subjektiven Wohlbefinden hochaltriger Menschen dargestellt und schließlich auf das Problem des subjektiven Wohlbefindens im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen eingegangen werden.

3.1.2.1 Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter

Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind psychische und physiologische Grundbefindlichkeiten, nicht zuletzt der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit sowie für diese Lebensphase charakteristische Veränderungen in den Lebensumständen, wie z. B. der Verlust von Verwandten und Freunden sowie der Umzug in ein Altenheim oder eine Pflegeeinrichtung. Von besonderer Bedeutung ist die wachsende Morbidität im Alter: Mit immer größerer Wahrscheinlichkeit leiden sehr alte Menschen an mehreren, in der Regel chronischen Erkrankungen, die häufig auch mit Schmerzen einhergehen. Die Frage beeinträchtigter Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit stellt sich im hohen Alter in besonderer Schärfe: Sensorische Einbußen und demenzielle Krankheitsbilder stellen im hohen Alter ein besonderes Risiko für die Lebensqualität dar. Der Blick auf das soziale Netz enthüllt den „Januskopf“ des hohen Alters (Baltes, P.B. 1993): Jene Menschen, die ein hohes Alter erreichen, sind auch jene, die am häufigsten den Tod des Partners bzw. der Partnerin, von Familienangehörigen und von Freunden erleben müssen (siehe hierzu Kapitel 3.4). Insgesamt lässt sich sagen, dass aufgrund abnehmender personaler Ressourcen im hohen Alter die Bedeutung von stützenden Umweltbedingungen wächst (Lawton 1987).

Neben den für das hohe Alter spezifischen Problemen und Risiken sind für die Lebensqualität im hohen Alter aber auch lebenszyklusspezifische Veränderungen in den Lebensstilen und Lebensweisen sowie die damit teilweise verbundenen Verschiebungen in den persönlichen Wertorientierungen und Prioritätensetzungen von Bedeutung. Derartige Entwicklungen spiegeln sich teilweise auch in der Beantwortung von Fragen nach der Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche für das individuelle Wohlbefinden wider, wie sie im Rahmen des Wohlfahrtssurveys gestellt werden (Noll & Schöb 2001).

In Abbildung 3-1 und Abbildung 3-2, Seite 48 sind entsprechende Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys dargestellt, wobei die Wichtigkeitsurteile für die Gesamtstichprobe und zusätzlich für drei Altersgruppen aufgeführt sind: Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren, 55 bis 69 Jahren sowie 70 und mehr Jahren.

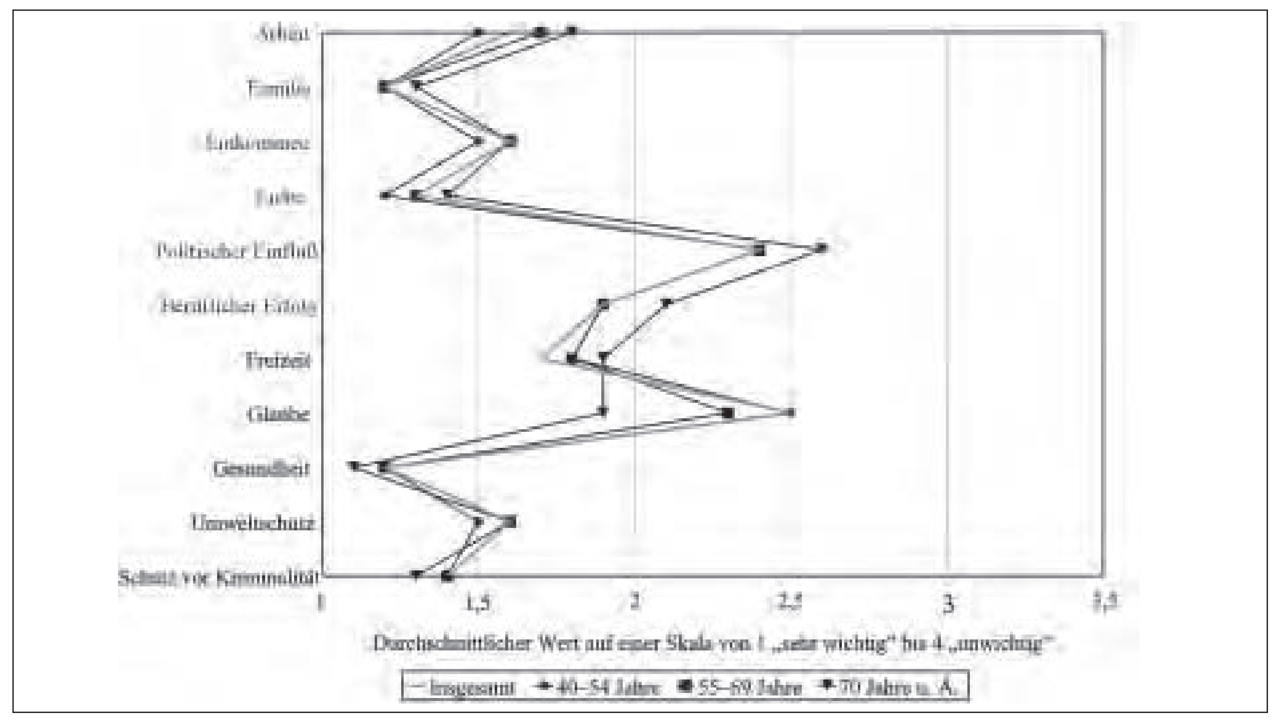
Die entsprechende Frage lautete: „Die Bereiche (Arbeit, Familie, Einkommen, Liebe und Zuneigung, Einfluss auf politische Entscheidungen, Erfolg im Beruf, Freizeit, Glaube, Gesundheit, Schutz der natürlichen Umwelt, Schutz vor Kriminalität) können für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Menschen unterschiedlich wichtig sein. Sagen Sie mir bitte zu jedem der nachfolgenden Bereiche, ob sie für ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig oder unwichtig sind“.

Auch wenn die Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche nicht dramatisch sind, zeigen sich doch altersspezifische Muster: Einige der vorgegebenen Bereiche werden von den älteren Befragten in ihrer Wichtigkeit für das eigene Wohlbefinden niedriger, andere dagegen höher eingestuft, als das für jüngere Altersgruppen der Fall ist. Zu den Bereichen, die von älteren Befragten als weniger wichtig angesehen werden, gehören insbesondere „Arbeit“ und „beruflicher Erfolg“, aber auch „politischer Einfluss“ und „Liebe“ sowie darüber hinaus „Umweltschutz“, „Freizeit“, „Einkommen“‘ und „Familie“.

Abbildung 3-1



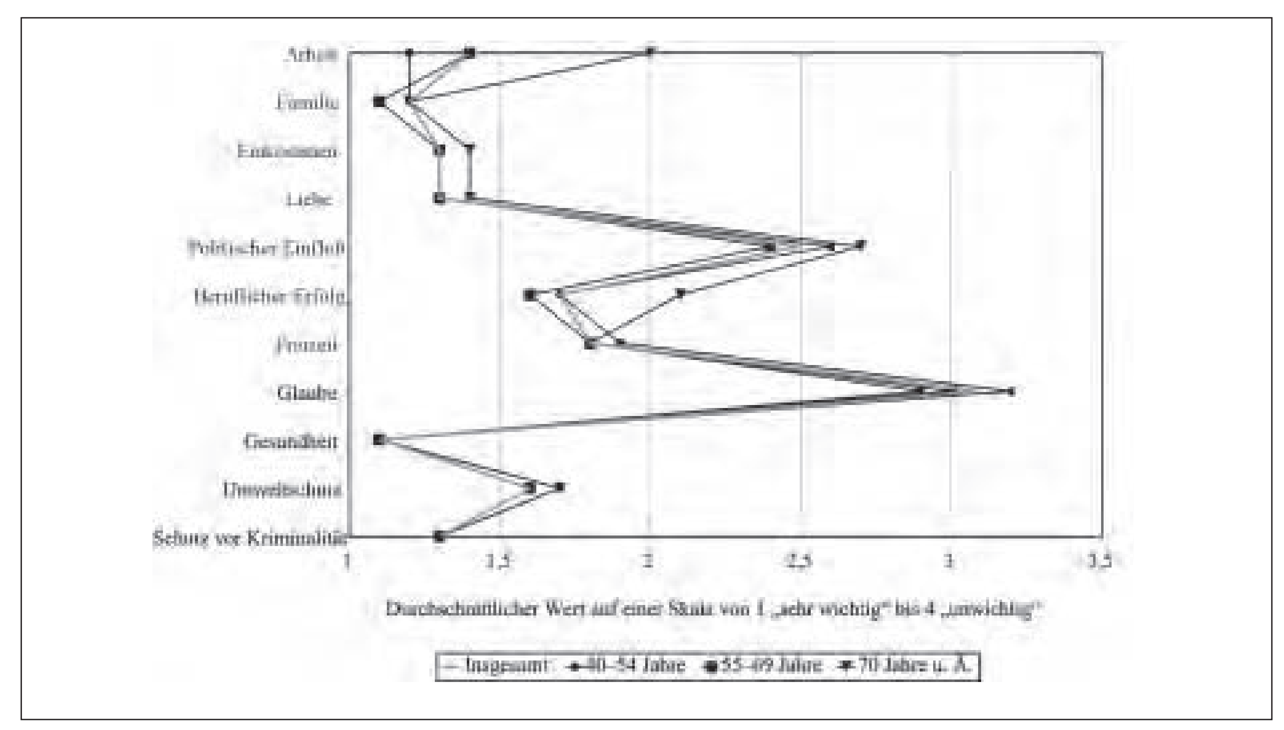
Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland



Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

Abbildung 3-2

Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland



Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

Diejenigen Bereiche, die für ältere Menschen einen höheren Stellenwert einnehmen als für jüngere, sind „Gesundheit“, „Glaube“ und „Schutz vor Kriminalität“. Das skizzierte Muster ist in Ost- und Westdeutschland nahezu identisch, bis auf die geringere Wichtigkeit des Glaubens in den neuen Bundesländern.

Die zu beobachtenden altersspezifischen Wichtigkeitsdifferenzen reflektieren neben Generationsunterschieden nicht zuletzt den jeweiligen Status der betroffenen Personen innerhalb des Berufs- und Familienzyklus: Wenn man bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, werden die mit der Arbeit zusammenhängenden Fragen das Wohlbefinden weniger tangieren. Die Bedeutung der Familie wird in der Phase des Lebens am höchsten eingestuft, in der sie den zentralen Lebensmittelpunkt bildet, also in der mittleren Altersgruppe. Ältere, aber auch jüngere Personen stufen die Bedeutung der Familie im Vergleich dazu niedriger ein, auch wenn die Familie im Vergleich der verschiedenen Lebensbereiche in allen Altersgruppen einen zentralen Stellenwert einnimmt. Dagegen nimmt die Gesundheit in dem Maße an Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu, wie sie mit zunehmendem Alter prekär und gefährdet erscheint oder gar beeinträchtigt wird. Auch der steigende Stellenwert des Schutzes vor Kriminalität lässt sich mit einer für ältere Menschen typischen – objektiv oder subjektiv – erhöhten Vulnerabilität erklären (siehe hierzu auch Kapitel 3.4.5). Schließlich entspricht es auch der Erwartung, dass angesichts der mit zunehmendem Alter stärker in den Vordergrund des Bewusstseins tretenden Endlichkeit des Daseins, Religion und Glaubensfragen älteren Menschen mehr bedeuten als jüngeren.

Für die Untersuchung der Lebensqualität im Alter ergibt sich daraus die Konsequenz, bestimmten Aspekten der Lebensverhältnisse besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Aspekte wie körperliche und seelische Gesundheit, soziale Kontakte zu Familie und Freunden, materielle Lage und Ausstattung der Wohnung, Möglichkeiten zur Mobilität sowie medizinische und soziale Betreuung rücken im hohen Alter in den Mittelpunkt und erfordern entsprechende Aufmerksamkeit. Auch im hohen Alter sind also objektive Merkmale der Lebenslage bei der Beschreibung der Lebensqualität zu berücksichtigen. Allerdings gilt im hohen Alter ein verändertes „Koordinatensystem“: Während sich beispielsweise der Begriff der Mobilität in den Lebensabschnitten des mittleren Erwachsenenalters und des „jungen Alters“ eher auf die Benutzung von Verkehrsmitteln, vorzugsweise des eigenen Autos, bezieht, wird Mobilität im hohen Alter immer stärker zu einem Bestandteil der grundlegenden Alltagskompetenz im Sinne von sich Bewegen, Gehen und Treppensteigen. Tätigkeiten, die in früheren Lebensabschnitten eine Selbstverständlichkeit waren, werden im hohen Alter zur Leistung: Lebensqualität wird gewissermaßen in „kleiner Münze“ berechnet. Mit diesem Verweis auf veränderte Bewertungsstandards ist zugleich ein intrapsychischer Mechanismus angesprochen, der auch bei zunehmendem Alter für die Stabilität des subjektiven Wohlbefindens sorgt. Mit der subjektiven Lebensqualität beschäftigt sich der folgende Abschnitt.

3.1.2.2 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter

Zum Zusammenhang zwischen Alter und subjektivem Wohlbefinden liegen inkonsistente Befunde vor (Filipp 2001). Einige Studien belegen, dass die Höhe der subjektiven Lebensqualität mit dem Alter nicht ab-, sondern eher zunimmt, andere Studien verweisen darauf, dass Lebenszufriedenheit im Alter geringer ist, und wieder andere Studien finden keinerlei (querschnittlich ermittelte) Altersdifferenzen. Diese Inkonsistenz der Befunde scheint für die Stabilität, zumindest aber gegen die Abnahme subjektiven Wohlbefindens im Alter zu sprechen. In jedem Fall kann betont werden, dass Lebenszufriedenheit bis ins hohe Alter durch große interindividuelle Unterschiede gekennzeichnet ist (Staudinger et al. 1996).

In internationalen Surveys, wie zum Beispiel den Eurobarometer-Studien oder dem World Value Survey, wurde die Lebenszufriedenheit bei Personen unterschiedlichen Alters erfragt. In den Eurobarometer-Daten zeigte sich, dass 80 % der jungen Erwachsenen angaben, „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit ihrem Leben zu sein – und dass in der Stichprobe der über 65-Jährigen dieser Anteil mit 81 % etwa genauso groß war (Diener & Suh 1998). Nach Kontrolle von Einkommen, Bildungsniveau, Familienstatus und anderen Faktoren, bezüglich derer die Älteren weniger gut abschnitten als die Jüngeren, zeigte sich sogar, dass die Älteren signifikant höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen als die jüngeren Altersgruppen. Hinsichtlich der emotionalen Komponente subjektiven Wohlbefindens zeigt sich, dass die Häufigkeit positiver Gefühlszustände ab dem jungen Erwachsenenalter bis ins hohe Alter kontinuierlich abnimmt, während die negativer Emotionen relativ stabil bleibt (Ferring & Filipp 1997). Allerdings scheinen auch Hochaltrige im Mittel häufiger positive als negative Emotionen zu haben (Staudinger et al. 1996).

Die hohe Stabilität subjektiven Wohlbefindens bis in das hohe Alter legt die Vermutung nahe, dass ältere Menschen über eine Vielzahl von Ressourcen verfügen, die manche dem subjektiven Wohlbefinden abträglichen Belastungswirkungen „puffern“ können. Ältere Menschen mit einem hohen Selbstwertgefühl scheinen eher in der Lage zu sein, die mit vielen Beeinträchtigungen potenziell verbundene Selbstwertbedrohung auszublenden. Auch die Verfügbarkeit sozialer Stützsysteme hat sich in vielen Studien als ein protektiver Faktor im Alter erwiesen, wobei qualitative Aspekte (Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerin oder einer vertrauten Person) bedeutsamer waren als quantitative Aspekte (Größe des sozialen Netzwerks). In der Bewältigungsforschung konnte schließlich gezeigt werden, dass Bewältigungsstile einen wesentlichen Mechanismus zur Sicherung des Wohlbefindens darstellen (Brandstädter & Greve 1994). Im Fall von irreversiblen Verlusten – oder Verlusten, die als irreversibel angesehen werden – kommt es dann zu eher palliativen (lindernden) Bewältigungsreaktionen („Akkommodation“), wie etwa die Setzung neuer Standards in der Selbstbewertung, die Abwertung nicht mehr erreichbarer Ziele oder die positive Umdeutung von Situationen. Da es mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher wird, irreversible Verluste zu erleiden, kommt dem zweiten Bewältigungsmodus immer

größere Bedeutung zu: Sich einer als unveränderlich wahrgenommenen Situation anzupassen, scheint im hohen Alter zur Bewahrung des subjektiven Wohlbefindens beizutragen. In der Tat zeigen Befunde, dass subjektiv wahrgenommene Entwicklungsverluste nur dann mit negativen Gefühlen einhergehen, wenn die betroffenen Personen nicht zu einem akkommodativen, der Situation sich anpassenden Bewältigungsstil neigten.

Eine solche bewältigungstheoretische Analyse der subjektiven Lebensqualität hat allerdings auch Grenzen der menschlichen Anpassungsfähigkeit zu beachten (Olbrich, E. 1997). So zeigt sich gerade im hohen Alter, dass eine als schlecht wahrgenommene Gesundheit mit einem beeinträchtigten subjektiven Wohlbefinden einhergeht (Hillerås et al. 2001). Da gerade im hohen und sehr hohen Alter nicht selten eine Vielzahl irreversibler Belastungen zusammentreffen, muss hier auch auf die Grenzen von Resilienz und Anpassungsfähigkeit verwiesen werden. Intrapsychische Mechanismen zur Stützung von Selbstwert und subjektiver Lebensqualität sind mit Sicherheit bis in das hohe Alter wirksam, finden allerdings angesichts existenzieller Belastung möglicherweise ihre Grenzen. Eine besondere Belastung des hohen Alters betrifft das Problem der demenziellen Erkrankungen, die unter anderem mit Störungen der Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit einhergehen. Da die Erfassung subjektiver Lebensqualität auf den Selbstberichten der betroffenen Personen beruht, ist zu fragen, wie Lebensqualität angesichts demenzieller Erkrankungen eingeschätzt werden soll.

3.1.2.3 Lebensqualität und Demenz

Erst in jüngerer Zeit scheinen sich die Arbeiten zu mehren, die sich der Lebensqualität von Demenzkranken annehmen. Zu nennen ist etwa eine Arbeit von Meier (1995), die bei Patientinnen und Patienten im Anfangsstadium einer Demenz (vom Typ Alzheimer oder vom vaskulären Typ) eine individualisierte Messung der Lebensqualität anhand der von diesen selbst zu benennenden wichtigen Lebensbereiche vorgenommen hat. Dadurch kamen nach Aussage der Autorin Bereiche in den Vordergund, die in den traditionellen standardisierten Lebensqualitätsskalen nicht repräsentiert seien. Demenzkranke maßen in dieser Studie zwar der geistigen Leistungsfähigkeit und der Selbstständigkeit ein besonders hohes Gewicht zu, doch waren für die Lebensqualität dieser Menschen auch zahlreiche andere Facetten bedeutsam.

Ein spezifisches Verfahren zur Erfassung von Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen wurde von Brod, Stewart, Sands, & Walton (1999) entwickelt. Dabei gingen die Autoren von der Annahme aus, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität jene Ausschnitte aus der Lebenslage einer Person zu berücksichtigen habe, die mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Krankheit tangiert seien. Gerade bei der Messung der Lebensqualität Demenzkranker gelte es, jene spezifischen Domänen zu identifizieren, die womöglich besonders sensitiv für Krankheitseinflüsse sind. Das von Brod und Kollegen (1999) entwickelte Verfahren, „Dementia Quality of Life Instrument“, umfasst sechs Bereiche: (1) Selbstwertgefühl als Häufigkeit von Gefühlen des Selbstvertrauens, der Zufriedenheit damit, etwas geleistet oder eigene Entscheidungen getroffen zu haben; (2) Positive Emotionen und Humor, z. B. glücklich, zufrieden, voller Hoffnung sein, jemanden erheitern oder mit anderen lachen; (3) Negative Emotionen, z. B. ängstlich, einsam, beschämt, ärgerlich, besorgt, niedergeschlagen, nervös, traurig, verunsichert sein, (4) Gefühl der Geborgenheit, z. B. sich nützlich, von anderen akzeptiert und geliebt fühlen; (5) Sinn für Ästhetik, z. B. Freude an sensorischer Stimulation durch Musik, Töne, Farben, das Beobachten von Tieren, Wolken usw. haben sowie (6) Interaktionsfähigkeit, z. B. Kommunikationsschwierigkeiten, Wortfindungsschwierigkeiten, defizitäres episodisches Gedächtnis. Dabei zeigte sich, dass die letztgenannten zwei Bereiche für die Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen in besonderem Maße von Bedeutung sind, nämlich „Sinn für Ästhetik“ und „Interaktionsfähigkeit“. Pflegepersonen sowohl in Institutionen wie auch in häuslichen Settings stimmten darin überein, dass Demenzkranke große Befriedigung aus Aktivitäten gewinnen, die mit sensorischer Stimulation (Musik, Töne aus der Natur, Gerüche, visuelle Stimulation usw.) einhergingen. Der zweite Aspekt („Interaktionsfähigkeit“) verweist auf Kommunikationsschwierigkeiten, vor allem Schwierigkeiten bei der Wortfindung, und ein defizitäres episodisches Gedächtnis. Diese Probleme erschwerten nun aber nicht nur aufseiten der sozialen Umwelt die Interaktion, sondern sie stellten auch für die Kranken selbst ein großes Problem und eine Minderung ihrer Lebensqualität dar, weil sie auf diese Defizite fast immer mit Beschämung reagierten. Erkennbar wird, dass es vor allem die beiden letztgenannten Bereiche sind, die ein Spezifikum der Definition von Lebensqualität bei Demenzkranken darstellen.

Offensichtlich ist es bei der Messung der Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen sinnvoll, auch über Selbstbericht-Daten zu verfügen, als sich nur auf Fremdeinschätzungen zu verlassen resp. diese auf solche Bereiche zu konzentrieren, in denen Selbstreport-Daten weniger verlässlich seien (z. B. Alltagskompetenz). Eine offene Frage ist allerdings die Erfassung der Lebensqualität jener demenziell erkrankten Menschen, die nicht mehr fähig sind, über die eigenen Befindlichkeit zu berichten. Hier ist die Entwicklung von Verfahren zu fordern, die die Einschätzung der Befindlichkeit im fortgeschrittenen Krankheitsstadium unterstützen.

Besonderes Gewicht bei der Messung der Lebensqualität Demenzkranker kommt der Erfassung von Emotionen zu (Lawton et al. 1996). Gerade im Fall kognitiver Beeinträchtigungen ist es problematisch, auf Selbstauskünfte zu vertrauen. Daher erscheint es sinnvoll, die Gefühlslagen von demenziell erkrankten Menschen aus der Mimik, der Motorik und anderen Äußerungen zu erschließen. In Studien konnte gezeigt werden, dass positive Gefühlszustände vor allem dann registriert wurden, wenn die Patientinnen und Patienten in (soziale) Aktivitäten eingebunden waren, negative Gefühlszustände hingegen dominierten, wenn dies nicht der Fall war (Lawton et al. 1996; Albert et al. 1999).

Auch wenn es sicherlich von hoher Bedeutung ist, die Gefühlslagen demenziell erkrankter Menschen zu erfassen, so ist andererseits zu fragen, ob eine gleichsam „hedonistische“ Konzeption der Lebensqualität, die sich in einer

Konzentration auf positive Gefühlszustände ausdrückt, sich mit Blick auf Demenzkranke überhaupt bewähren kann (Jennings 1999). Womöglich ist es viel entscheidender, dass demenziell erkrankte Menschen Beziehungen zu anderen Menschen aufrechterhalten und diese Beziehungen für sich „sinnvoll“ nutzen können. Dies könnte umso viel versprechender sein, als gerade diese Facetten der Lebensqualität Demenzkranker durch Außenstehende verbessert werden können und insofern hohe praktische Bedeutung besitzen.

3.1.3 Potenziale und Risiken des hohen Alters

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt ist, bei dessen Erfassung sowohl objektive als auch subjektive Aspekte zu berücksichtigen sind. Objektive Lebensbedingungen beeinflussen die Handlungsfähigkeit der Person und ihre Möglichkeiten, die eigene Lebenslage zu beeinflussen. Dabei sind im hohen Alter folgende Lebensbereiche von großer Bedeutung: Körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes.

Das subjektive Wohlbefinden bezieht sich auf die Bewertungen und Gefühle der Person hinsichtlich der eigenen Lebenslage. Nicht allein das globale subjektive Wohlbefinden (wie etwa Lebenszufriedenheit oder Glücksempfinden), sondern auch Bewertungen verschiedener Lebensbereiche (Gesundheit, Autonomieerleben, soziale Beziehungen, Umweltbedingungen) sind von Bedeutung. Hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens sollten kognitive Urteile und emotionale Zustände unterschieden werden. Bis ins hohe Alter bleibt das subjektive Wohlbefinden erstaunlich stabil, wobei kumulierte Belastungen, wie sie im hohen Alter nicht selten auftreten, durchaus zu Einbußen von Lebenszufriedenheit und subjektiver Lebensqualität führen können.

In den weiteren Abschnitten des Kapitels 3 werden die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität im hohen Alter im Einzelnen dargestellt. Dabei werden nicht allein die Risiken, sondern auch die Potenziale des hohen Alters beschrieben. Der Blick auf das hohe Alter nimmt in der Regel die Problemsituationen wahr, die zweifellos von hoher Bedeutung für das Individuum und seine Familie, aber auch für die Gesellschaft und den Staat sind. Dabei sollten aber auch die Potenziale des hohen Alters nicht vergessen werden. Diese können allerdings nicht mit dem konventionellen Verständnis von Leistung und Produktivität betrachtet und auch nicht an dem für die Gesellschaft unentbehrlichen familiären und bürgerschaftlichem Engagement der „jungen Alten“ gemessen werden. In diesem Sinne nach den Potenzialen des hohen und sehr hohen Alters zu suchen, wäre unangemessen und unfruchtbar. Die Potenziale des hohen Alters liegen in einem anderen Bereich: Es geht darum, das lange Leben an sich zu schätzen, das Geschick, die eigene Lebenssituation zu meistern – trotz möglicherweise erheblicher Einbußen, sowie die Fähigkeit, sich am Leben zu erfreuen und das Leben zu genießen. Diese veränderte Sichtweise auf die „Potenziale des hohen Alters“ mag dazu beitragen, eine Gesellschaft zu schaffen, in der alt zu werden und alt zu sein nicht mit Missachtung gestraft wird. Gerade mit Blick auf sozialpolitische Planungen sollte Lebensqualität nicht allein die Perspektive des Individuums berücksichtigen. Für die individuelle Realisierbarkeit von Lebensqualität sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von hoher Bedeutung. Diese werden auch durch die Wertschätzung der alten und sehr alten Menschen beeinflusst.

Im Folgenden wird zunächst die materielle Situation hochaltriger Menschen dargestellt und der Frage nach spezifischen finanziellen Risiken Hochaltriger nachgegangen (Kapitel 3.2). Es folgt eine Betrachtung der Wohnsituation Hochaltriger, die gerade zur Vermeidung und zur Bewältigung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von hoher Bedeutung ist (Kapitel 3.3). Das soziale Netzwerk ist im hohem Alter durch die immer wahrscheinlicher werdenden Verluste von Partnern, Familienmitgliedern und Freunden betroffen. Die sozialen Risiken und Potenziale sind Gegenstand des Kapitels 3.4. Die gesundheitliche Situation im hohen Alter wird anhand der Morbiditätsrisiken und der Funktionseinbußen hochaltriger Menschen in Kapitel 3.5 dargestellt, wobei dem Risiko der Demenz besondere Bedeutung zugemessen wird (Kapitel 3.6). Am Ende des Kapitels 3 wird der Frage nachgegangen, wie die mit dem Alter ansteigende Kumulation von Risiken sowie die erhöhte Vulnerabilität die Lebensqualität im hohen Alter beeinflusst (Kapitel 3.7).

3.2 Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

Die eigenen finanziellen Ressourcen haben maßgeblichen Einfluss auf die Lebenslage von Menschen und deren Chancen für eine aktive Lebensgestaltung.[4] Sie bestimmen wesentlich die materielle Lage. Dabei hängen die finanziellen Handlungsspielräume der Menschen entscheidend ab vom verfügbaren Einkommen und Vermögen und der Einkommensverwendung, insbesondere den fixen Kosten der Lebensführung.

Dieser Abschnitt des Berichts widmet sich daher der Einkommens- und Vermögenssituation Hochaltriger einerseits sowie der Höhe und Struktur ihrer Ausgaben andererseits. Im Vordergrund stehen dabei der Vergleich mit den jüngeren Seniorinnen und Senioren und die Unterschiede innerhalb der Hochaltrigen. Welchen Gruppen von Hochaltrigen geht es ökonomisch vergleichsweise gut, welchen eher schlecht?

Bei den Konsumausgaben sollen insbesondere Bereiche identifiziert werden, in denen Hochaltrige vergleichsweise hohe Ausgaben tätigen, die durch spezifische Bedarfslagen Hochaltriger hervorgerufen sein können. Besonderes Augenmerk wird auf die finanziellen Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit und der Verwitwung als biographischer Ereignisse gelegt, denen Hochaltrige im Vergleich mit anderen Altersgruppen in weit erhöhtem Maße ausgesetzt sind.

[4] Vgl. Schmähl & Fachinger 1996: 93.

Abschließend wird darüber berichtet, welche Beziehung im hohen Alter zwischen der objektiven materiellen Lage und der subjektiven Bewertung besteht und welchen Einfluss dies auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden ausübt.

Die spezifische materielle Situation Hochaltriger hat bisher in der Forschung und Sozialberichterstattung nur wenig Beachtung gefunden. Es liegen kaum Arbeiten vor, die explizit und umfassend Daten für diese Personengruppe ausweisen. Wirtschaftswissenschaftliche Untersuchungen stellen auch heute noch im Allgemeinen die Phase der Erwerbstätigkeit ins Zentrum ihres Interesses (Schmähl & Fachinger 1996: 28). Überblickt man die einschlägige Literatur, so werden in bestimmten Teilbereichen die so genannten „jungen Alten“ als Untersuchungsgegenstand entdeckt. Die „alten Alten“ oder Hochaltrigen werden aber nach wie vor kaum als eigenständiger Untersuchungsgegenstand wahrgenommen. Die Kommission hat deshalb zur Unterstützung ihrer Arbeit einen speziellen Auftrag zur Auswertung der Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 des Statistischen Bundesamts an Uwe Fachinger vergeben. Vor allem der Abschnitt über die Einkommensverwendung und die materielle Lage Pflegebedürftiger und Verwitweter stützt sich auf seine Expertise (vgl. Fachinger 2001a).

3.2.1 Einkommen und Vermögen Hochaltriger – Höhe, Quellen, Disparitäten

3.2.1.1 Durchschnittliches Einkommen Hochaltriger und relative Einkommensposition*

Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 (EVS), einer Untersuchung des Statistischen Bundesamts, an der unter anderem fast 15 000 Privathaushalte von Rentnerinnen und Rentnern und Pensionärinnen und Pensionären teilnahmen, hatten die Haushalte, mit überwiegendem Einkommen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Durchschnitt ein monatliches Nettoeinkommen in Höhe von 3 443 DM (1 760 Euro) (Statistisches Bundesamt 2001c).[5] Dies entspricht 67 % des Durchschnittseinkommens aller Haushalte, das 5 115 DM (2 615 Euro) betrug. Allerdings sind Haushalte älterer Menschen im Durchschnitt kleiner als im mittleren Lebensalter, so dass weniger Personen mit diesem Einkommen versorgt werden müssen. Berücksichtigt man dies (durch Umrechnung in das so genannte äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen)[6], liegt das Durchschnittseinkommen der Mitglieder von Rentnerhaushalten bei 81 % des nationalen Mittels (vgl. Tabelle 3-1).[7]

Im Dritten Altenbericht wurde bereits die allgemeine Entwicklung der Einkommenssituation älterer Menschen aufgezeigt und dabei besonders auf die beträchtliche Verbesserung der Alterseinkommen ostdeutscher Rentnerinnen und Rentner seit der deutschen Vereinigung hingewiesen. Die verfügbaren Eckrenten stiegen vom 1. Juli 1990 bis zum 1. Juli 2001 von 40,3 auf 87,1 % des Westniveaus, die laufenden Renten wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit lagen in Ostdeutschland zum 1. Juli 2001 um 3,4 % (Männer) bzw. 33,9 % (Frauen) über den vergleichbaren Renten der Männer und Frauen in den alten Bundesländern (Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung). Das durchschnittliche Einkommen ostdeutscher Seniorenhaushalte ist dennoch niedriger als im Westen, da sie seltener und geringere Einkünfte aus anderen Einkunftsquellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).

Von der Anhebung der ostdeutschen Renten haben im Allgemeinen auch die Hochaltrigen profitiert. Wie die Zahlen der im 5-Jahresrhythmus durchgeführten EVS zeigen, erhöhte sich zwischen 1993 und 1998 das durchschnittliche Nettoeinkommen der Haushalte von Personen im Alter von 80 und mehr Jahren von 1 665 DM (851 Euro) auf 2 338 DM (1 195 Euro), d. h. um rund 40 %.[8] Ihr

* Anmerkung: Der Bericht wurde von der Kommission kurz vor der Währungsumstellung von DM auf Euro verfasst. Deshalb sind im gesamten Bericht die genannten DM-Beträge um die entsprechenden Euro-Beträge in dahiner stehenden Klammern ergänzt worden.

5 Bei einer etwas anders gefassten Definition, die zur Bestimmung der Haupteinkommensquelle nur das Renteneinkommen aufgrund eigener früherer Erwerbstätigkeit berücksichtigt, liegt das durchschnittliche Monatseinkommen der solchermaßen definierten Renterhaushalte mit 3 556 DM (1 818 Euro) etwas höher (Münnich 2000). Diese Differenz dürfte zum Teil dadurch verursacht sein, dass bei dieser Definition Haushalte ausgeschlossen sind, in denen die Haupteinkommensquelle des Haushaltsmitglieds mit dem höchsten Einkommensbeitrag eine Hinterbliebenenrente ist, d. h. meist Haushalte verwitweter Frauen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem Erhalt von Witwenrente bestreiten.

6 Aufgrund ökonomischer Vorteile der gemeinsamen Haushaltsführung von Personen benötigen Mehrpersonenhaushalte nicht ein zur Zahl seiner Haushaltsmitglieder Mehrfaches des Einkommens eines Einpersonenhaushalts, um dasselbe Wohlfahrtsniveau zu erreichen. Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass die einzelnen Haushaltsmitglieder bei der Umrechnung des Haushalts- in ein Pro-Kopf-Einkommen unterschiedlich gewichtet werden. Die Division des Haushaltseinkommens erfolgt daher nicht durch die Zahl der Personen, sondern durch die Summe der äquivalenzgewichteten Haushaltsmitglieder (Verbrauchereinheiten). Das Statistische Bundesamt verwendet für diese Gewichtung eine von der OECD empfohlene Skala, bei der der Haupteinkommensbezieher den Faktor 1 erhält, alle weiteren Personen älter als 14 Jahre den Faktor 0,5 und Kinder bis 14 Jahre den Faktor 0,3. In der Einkommensforschung kommen auch andere Skalen zum Einsatz, die die weiteren Haushaltsmitglieder höher gewichten. Je höher die Gewichtung, desto geringer wird das Äquivalenzeinkommen (s. S. 58).

7 Nach Redaktionsschluss erschienen die Ergebnisse der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführten Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland 1999“ mit differenzierten Daten zur Einkommenssituation älterer Menschen. Danach hatten Männer ab 65 Jahren im Jahr 1999 ein monatliches Durchschnittseinkommen in Höhe von 2914 DM (1490 Euro) in den alten Bundesländern und 2269 DM (1 160 Euro) in den neuen Bundesländern. Das Einkommen der Frauen dieses Alters betrug 1782 DM (911 Euro) im Westen und 1714 DM (876 Euro) im Osten Deutschlands (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a).

8 Maßgebend ist das Alter des Haupteinkommensbeziehers im Haushalt. Der Wert für 1993 ist dem Informationssystem GeroStat des Deutschen Zentrums für Altersfragen entnommen, das die Daten der EVS 1993 in feiner Altersdifferenzierung enthält. Der Wert für 1998 entstammt eigenen Berechnungen aus Angaben in: Statistisches Bundesamt 2001c. Personen in Gemeinschaftsunterkünften ohne eigene Haushaltsführung (wie die meisten Bewohner von Pflegeheimen) sind nicht in die Erhebung einbezogen, ebenso nicht Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von mehr als 35 000 DM (17 895 Euro). Zur genauen Definition des Haushaltsnettoeinkommens vgl. Statistisches Bundesamt 2001c.

Tabelle 3-1

Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen und äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen nach Haushaltstyp, 1998[1]

Haushaltstyp (nach Haupteinkommensbezieher)	Haushaltsnetto-einkommen[2]	Äquivalenz-gewichtetes Personennetto-einkommen[3]	bezogen auf den Durchschnitt in allen Haushalten[4]	Haushalte mit weniger als ... Prozent des Durchschnitts[4]			Haushalte mit dem Zwei- bis Vierfachen des Durchschnitts[4, 5]	Haushalte mit mehr als dem Vierfachen des Durchschnitts[4, 5]
				40	50	60		
	DM *(Euro)* [arithm. Mittel]		%					
			Deutschland					
Haushalte insgesamt	5.115 *(2.615)*	3.340 *(1.708)*	*100*	*5,3*	*12,7*	*22,0*	*5,2*	*0,5*
von Rentnern	3.443 *(1.760)*	2.702 *(1.382)*	*81*	*5,7*	*16,6*	*30,0*	*1,6*	*/*
von Pensionären	6.783 *(3.468)*	4.898 *(2.504)*	*147*	*/*	*/*	*/*	*16,3*	*/*
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	4.269 *(2.183)*	3.279 *(1.677)*	*98*	*/*	*(11,0)*	*(19,1)*	*(6,0)*	*/*
weiblich, 80 Jahre und älter	2.594 *(1.326)*	2.503 *(1.280)*	*75*	*(9,4)*	*(24,8)*	*41,8*	*/*	*/*
			Früheres Bundesgebiet					
Haushalte insgesamt	5.346 *(2.733)*	3.504 *(1.792)*	*100*	*6,0*	*13,3*	*22,1*	*5,2*	*0,5*
von Rentnern	3.593 *(1.837)*	2.830 *(1.447)*	*81*	*6,6*	*13,3*	*22,1*	*1,6*	*/*
von Pensionären	6.800 *(3.477)*	4.901 *(2.506)*	*140*	*/*	*/*	*(1,9)*	*14,1*	*/*
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	4.512 *(2.307)*	3.453 *(1.765)*	*99*	*/*	*(13,7)*	*(21,0)*	*(5,8)*	*/*
weiblich, 80 Jahre und älter	2.673 *(1.367)*	2.581 *(1.320)*	*74*	*/*	*(26,7)*	*42,7*	*/*	*/*
			Neue Länder und Berlin-Ost					
Haushalte insgesamt	4.059 *(2.075)*	2.591 *(1.325)*	*100*	*1,9*	*6,3*	*14,4*	*3,3*	*(0,2)*
von Rentnern	2.921 *(1.493)*	2.260 *(1.156)*	*87*	*/*	*7,3*	*16,9*	*(0,8)*	*/*
von Pensionären	/	/	*/*	*/*	*/*	*/*	*/*	*/*
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	[3.033 *(1.551)*]	[2.438 *(1.238)*]	*(94)*	*/*	*/*	*/*	*/*	*/*
weiblich, 80 Jahre und älter	[1.824 *(933)*]	[1.718 *(878)*]	*(66)*	*/*	*/*	*/*	*/*	*/*

1 Ohne Haushalte mit einem mtl. Einkommen von mehr als 35 000 DM (17 895 Euro).
2 Einschl. unterstellter Mieteinnahmen des selbstbewohnten Wohneigentums.
3 Nach neuer OECD-Skala.
4 Bezogen auf das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen im Durchschnitt aller Haushalte der jeweiligen Gebietseinheit.
5 Nach alter OECD-Skala.
/ = Keine Angabe, da Zahlenwert wegen geringer Besetzung zu unsicher; ( ) = Aussagewert wegen statistischer Unsicherheit eingeschränkt.
Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c – EVS 1998.

Einkommen stieg damit prozentual stärker als das Durchschnittseinkommen der ostdeutschen Haushalte insgesamt[9]. Dennoch liegt es weiterhin unter dem ostdeutschen Durchschnitt und unter dem Einkommen der westdeutschen Hochaltrigen.

Tabelle 3-1 enthält neben den Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen auch die Höhen der so genannten Äquivalenzeinkommen[10] und weist für die verschiedenen Haushaltstypen die Anteile der in relativer Einkommensarmut und relativem Einkommensreichtum lebenden Privathaushalte aus. Die Berechnung von Äquivalenzeinkommen dient der Ausschaltung von Struktureffekten beim Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte, vor allem der Kontrolle der Haushaltsgrößen.

1998 betrug das äquivalenzgewichtete monatliche Einkommen der Personen in Haushalten Hochaltriger (d. h. in Haushalten, bei denen die Person mit dem Haupteinkommensbezug 80 Jahre und älter ist) rund 2 800 DM (1 432 Euro)[11], allerdings bei deutlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. In Haushalten mit einem männlichen Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren lag das Äquivalenzeinkommen mit durchschnittlich 3 279 DM (1 677 Euro) nur 2 % unter dem nationalen Mittel. In der Mehrzahl handelt es sich dabei um Haushalte hochaltriger Ehepaare. Hingegen liegt das äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Haushalten mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin mit 2 503 DM (1 780 Euro) um 25 % unter dem Durchschnitt aller Haushalte. Bei diesen Haushalten handelt es sich überwiegend um Einpersonenhaushalte, was auch an der nur geringen Differenz zum ungewichteten Haushaltseinkommen zu erkennen ist. Allein lebenden hochaltrigen Frauen, die die große Mehrheit der Hochaltrigen ausmachen, steht demnach ein Viertel weniger Nettoeinkommen zur Verfügung als den restlichen Hochaltrigen und der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung insgesamt. Ein geringeres Nettoäquivalenzeinkommen haben im Vergleich der Altersgruppen nur noch die Mitglieder der Haushalte mit 18- bis 24-jährigen Haupteinkommensbeziehenden und – im Vergleich der Familientypen – die in Haushalten Alleinerziehender Lebenden (2 284 DM/1 168 Euro).

Wie für die Bevölkerung insgesamt, sind auch die Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland niedriger als im Westen. Auffällig ist, dass ihr Einkommen auch weiter hinter dem ostdeutschen Durchschnittseinkommen zurückliegt als das der westdeutschen Hochaltrigen hinter dem westdeutschen Durchschnitt. Dies trifft wiederum besonders auf die Haushalte hochaltriger Frauen zu. Das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen in diesen Haushalten erreicht mit durchschnittlich 1 718 DM (878 Euro) nur zwei Drittel des ostdeutschen Durchschnitts. Damit sind die geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede im hohen Alter im Osten Deutschlands ausgeprägter als im Westen. Im mittleren Erwachsenenalter ist es umgekehrt.

Zu dieser Besonderheit dürfte beitragen, dass die ostdeutschen Rentnerinnen und Rentner nicht gleichermaßen von den Rentenanpassungen der letzten Jahre profitiert haben. Wie Münnich (2001b) zeigt, konnten vor allem alleinlebende alte Frauen in den vergangenen Jahren nur unterdurchschnittliche Einkommenszuwächse erzielen. Eine Ursache hierfür ist im sukzessiven Abbau der durch den Systemwechsel bedingten, anfänglich gewährten Rentenzuschläge und Auffüllbeträge zu sehen. Seit 1996 werden diese abgeschmolzen. In der Praxis geschieht dies durch Anrechnung der jährlichen Rentenanpassungen auf diese Zuschläge und Auffüllbeträge. Dies führt dazu, dass für die Betroffenen die Renten trotz Rentenerhöhung auf Jahre hinaus konstant bleiben.[12] Da es sich bei mehr als neun von zehn Betroffenen um Frauen handelt, hat dieses „Abschmelzen“ der Rentenzuschläge und Auffüllbeträge zu einer Auseinanderentwicklung der Haushaltsnettoeinkommen in den neuen Bundesländern zwischen allein lebenden Rentnern und allein lebenden Rentnerinnen geführt. Letztere geraten zusehends ins Hintertreffen.

Wie aus Tabelle 3-1 ebenfalls zu erkennen ist, gibt es bei den Alterseinkommen neben den Ost-West-Unterschieden und den Unterschieden zwischen den Geschlechtern auch deutliche Unterschiede zwischen Rentner- und Pensionärshaushalten. Die Mitglieder der Haushalte, deren Einkommen überwiegend aus Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, erzielten 1998 ein durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen in Höhe von 2 702 DM (1 382 Euro) [West: 2 830 DM (1 447 Euro), Ost: 2 260 DM (1 156 Euro)]. Dies entspricht 81 % des nationalen Durchschnitts. Besser gestellt sind jene Seniorinnen und Senioren mit überwiegendem Einkommen aus öffentlichen Pensionen. Das äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Pensionärshaushalten übertrifft mit monatlich 4 898 DM (2 504 Euro) das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung um 47 %, das der in Rentnerhaushalten Lebenden um 81 %. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in die Berechnung der Einkommen von Pensionären auch erhaltene Beihilfe zur Begleichung von Gesundheitsleistungen eingeht, die bei gesetzlich Krankenversicherten aufgrund des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anfallen. Zudem rechnet das Statistische Bundesamt bei Haushalten, die im eigenen Wohneigentum wohnen und dadurch Miete sparen, diese Einsparung standardmäßig als fiktive Einnahme bzw. geldwerten Vorteil zum Einkommen hinzu.[13] Da Pensionärshaushalte häufiger im

[9] Dieses erhöhte sich von 1993 bis 1998 um 21,5% von 3 342 DM (1 709 Euro) auf 4 059 DM (2 075 Euro).

[10] Siehe Fußnote 6.

[11] Dieser Wert wurde aus den vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Nettoäquivalenzeinkommen der Mitglieder der Haushalte hochaltriger Männer und Frauen in Verbindung mit der Anzahl der Haushalte berechnet.

[12] Die Zahl der an ostdeutsche Frauen gezahlten Renten wegen Alters, für die Rentenzuschläge/Auffüllbeträge gewährt wurden, sank zwischen 1993 und 1998 von 1,6 auf 1,1 Millionen. Der durchschnittliche Zuschlag/Auffüllbetrag ging im selben Zeitraum von 249 DM (127 Euro) auf 158 DM (81 Euro) zurück, bei einem durchschnittlichen Rentenzahlbetrag von 1 062 DM (543 Euro) (Münnich 2001b).

[13] In gleicher Höhe wird diese unterstellte Miete dann auch bei den Ausgaben hinzu gerechnet.

eigenen Wohneigentum (insbesondere im eigenen Haus) wohnen als Rentner, schlägt sich dies bei deren Kapitaleinkünften stärker nieder (vgl. Tabelle 3-2). Ungeachtet dessen gestaltet sich die finanzielle Lage der Beamtinnen und Beamten im Ruhestand komfortabler als die der Rentnerinnen und Rentner.

Da die fernere Lebenserwartung von Pensionärinnen und Pensionären im Durchschnitt höher ist als die der Rentnerinnen und Rentner[14], haben sie auch größere Chancen, ein hohes Alter zu erreichen und in die Gruppe der Hochaltrigen zu gelangen. Die Zahl der Versorgungsempfänger wird als Folge der vergangenen Expansion des öffentlichen Dienstes in den nächsten Jahren kräftig steigen. Wenn diese später das Hochaltrigenalter erreichen, wird das auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung und das Einkommen der Hochaltrigen insgesamt haben.

Bei all diesen Vergleichen zur relativen Einkommensposition ist allerdings zu beachten, dass die Bestimmung der Äquivalenzeinkommen der Mitglieder von Mehrpersonenhaushalten entscheidend von den gewählten Personengewichten abhängt. Wendet man zum Beispiel statt der neueren, modifizierten OECD-Skala die ältere OECD-Skala an, bei der die weiteren Haushaltsmitglieder (insbesondere die Kinder) ein höheres Haushaltsgewicht erhalten, verringert sich das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen der Mitglieder von Mehrpersonenhaushalten. Das Äquivalenzeinkommen in Einpersonenhaushalten bleibt (wegen der Division des Haushaltseinkommens durch 1) jedoch konstant, das der Haushalte hochaltriger Frauen liegt bei Anwendung der alten OECD-Skala bei 2 485 DM (1 271 Euro) (Statistisches Bundesamt 2001c: 113). Es erreicht dann 83 % des nationalen Durchschnitts (statt nur 75 %). Das Äquivalenzeinkommen in Haushalten mit einem männlichen Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren liegt dann mit 3 049 DM (1 559 Euro) sogar um 2 % über dem Durchschnitt der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung.

[14] Anhand der im Versorgungsbericht der Bundesregierung ausgewiesenen Zahlen zum Alter der 1993 verstorbenen Ruhegehaltsempfänger der Gebietskörperschaften (Deutscher Bundestag 1996: 169) lässt sich deren durchschnittliches Sterbealter ungefähr ermitteln. Dieses lag damals für die Männer bei 78,9 Jahren, für die Ruhegehalt beziehenden Frauen bei 79,4 Jahren. Das durchschnittliche Wegfallalter der Versichertenrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung lag demgegenüber 1993 bei 73,1 Jahren für Männer und 78,1 Jahren für Frauen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1997: 108). Der Wegfall der Witwenrente aus der Sozialversicherung erfolgte mit durchschnittlich 81,1 Jahren, während die 1993 verstorbenen Empfängerinnen von Hinterbliebenenbezügen der Gebietskörperschaften im Durchschnitt 84,6 Jahre alt waren.

3.2.1.2 Einkommensverteilung und Einkommensarmut Hochaltriger

Die Gegenüberstellung der Durchschnittseinkommen Hochaltriger mit anderen sozialen Gruppen vermittelt nur einen allgemeinen Überblick über deren Einkommenssituation und -position. Im Dritten Altenbericht wurde bereits auf die Heterogenität der ökonomischen Lagen im Alter hingewiesen. Höhe und Struktur des Einkommens von Seniorinnen und Senioren hängen wesentlich ab von Ausmaß, Art und Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit, von der Sparfähigkeit und -bereitschaft im Lebensverlauf sowie von rechtlichen Regelungen, insbesondere denen, die die eigenen Ansprüche auf Leistungen der Alterssicherungssysteme und der zu entrichtenden Steuern und Abgaben bestimmen. Die während des Erwerbslebens ungleichen Möglichkeiten der Einkommenserzielung und Vermögensanhäufung und des Erwerbs von Anwartschaften auf Alterseinkommen bestimmen weitgehend das im Alter verfügbare regelmäßige Einkommen. Der kumulative Effekt der sozialen Ungleichheit über den Lebensverlauf bedingt eine hohe Variabilität der Alterseinkommen, die durch die Ausgestaltung des Sozialversicherungs- und Steuerrechts nur wenig abgemildert wird.[15]

[15] Zum Beispiel durch nicht beitragsbezogene Rentenanwartschaften und Höherbewertung geringer Einkünfte am Beginn des Erwerbslebens, der Anrechnung eigener Einkünfte auf die Hinterbliebenenrente, der bisherigen Ausgestaltung der Zusatzrenten im öffentlichen Dienst.

Tabelle 3-2

Einnahmen aus Vermögen (einschl. fiktiver Mieteinnahmen aus selbstbewohntem Wohneigentum), 1998

Haushaltstyp (nach Haupteinkommensbezieher)	Einnahmen aus Vermögen	darunter: fiktive Mieteinnahmen	
	DM *(Euro)*	DM *(Euro)*	in %
Haushalte insgesamt	763 *(390)*	510 *(261)*	*66,8*
von Rentnern	650 *(332)*	418 *(214)*	*64,3*
von PensionärInnen	1.206 *(617)*	765 *(391)*	*63,4*
Haupteinkommensbezieher			
Männlich, 80 Jahre und älter	824 *(421)*	472 *(241)*	*57,3*
Weiblich, 80 Jahre und älter	374 *(191)*	207 *(106)*	*55,3*

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c – EVS 1998.

Auch die geringere Lebenserwartung der unteren Einkommensgruppen ändert an der Heterogenität der Einkommen im hohen Alter nur wenig.

Einkommensstreuung und -verteilung

Wie aus Tabelle 3-3 zu entnehmen ist, streut das Einkommen nach Erreichen der Regelaltersgrenze zwar etwas weniger als zuvor, was hauptsächlich daran liegen dürfte, dass die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen eine Mischgruppe aus noch Erwerbstätigen, Renten-/Pensionsbeziehenden und Nicht-Erwerbstätigen ohne Rentenbezug ist. Unter den 65-Jährigen und Älteren ist dann jedoch keine klare altersspezifische Änderung der Einkommensstreuung mehr festzustellen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind ebenso ausgeprägt wie unter den jüngeren Alten. Einzige Ausnahme ist die größere Homogenität der Einkommenslagen unter den Ostdeutschen im Alter von 80 bis 84 Jahren, wobei die Einkommensspreizung in Ostdeutschland generell nicht so stark ist wie im Westen Deutschlands.

Tabelle 3-3

Variationskoeffizient der gewichteten ausgabefähigen Einnahmen (ohne Mietwert) im Monat, 1998

Alter der Bezugsperson des Haushalts	Variationskoeffizient*	
	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
85 und älter	*0,61*	*0,37*
80 bis 84	*0,58*	*0,24*
75 bis 79	*0,63*	*0,34*
70 bis 74	*0,58*	*0,32*
65 bis 69	*0,61*	*0,33*
60 bis 64	*0,68*	*0,45*

Quelle: Fachinger 2001a – EVS 1998.
* Variationskoeffizient = Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts.

Einen genaueren Eindruck von den Einkommensunterschieden zwischen den Geschlechtern vermittelt deren Verteilung auf die einzelnen Einkommensklassen (vgl. Abbildung 3-3). Der Anteil der Haushalte mit einem Nettoäquivalenzeinkommen der Haushaltsmitglieder unter 1 000 DM (511 Euro) ist bei den Haushalten hochaltriger Frauen mehr als drei Mal so hoch wie bei den Haushalten hochaltriger Männer, und zweieinhalb mal so häufig finden sie sich in den Einkommensklassen zwischen 1 200 DM (614 Euro) und 1 800 DM (920 Euro). In 41 % der Haushalte hochaltriger Frauen gegenüber nur 19 % in den Haushalten hochaltriger Männer liegt das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen der Haushaltsmitglieder unter 1 800 DM (920 Euro). Umgekehrt steht 61 % der Hausalte hochaltriger Männer gegenüber nur 38 % der Haushalte von Frauen ab 80 Jahren ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen in Höhe von mehr als 2 200 DM (1 125 Euro) zur Verfügung. Ein Fünftel der Haushalte mit einem Mann, aber nur ein Zwölftel derer mit einer Frau als Haupteinkommensbezieher liegt in der Einkommensklasse über 3 500 DM (1 790 Euro).

Relative Einkommensarmut

Angesichts dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Einkommensverteilung verwundert es nicht, dass die Einkommenssituation hochaltriger Frauen häufiger als die der Männer unter der Schwelle liegt, die vom Statistischen Bundesamt als Indikator für relative Einkommensarmut herangezogen wurde und – neben anderen Maßen – ebenfalls im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung verwendet wurde (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d). Bei einem Viertel der Haushalte mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin lag 1998 das äquivalenzgewichtete Einkommen der Haushaltsmitglieder unter der Schwelle von 50 % des Durchschnittseinkommens (vgl. Abbildung 3-3). Die Quote relativer Einkommensarmut der Haushalte hochaltriger Frauen beträgt damit das Doppelte des nationalen Durchschnitts, der bei 12,7 % liegt. Von den Hochaltrigenhaushalten mit einem männlichen Einkommensbeziehenden sind 11 % als einkommensarm zu bezeichnen, von den Renten beziehenden Privathaushalten insgesamt nur 5,7 %, pensionierte Staatsbedienstete sind davon praktisch nicht betroffen. Relative Einkommensarmut unter Hochaltrigen ist zudem im Westen Deutschlands weiter verbreitet als im Osten. Insgesamt liegt das Äquivalenzeinkommen bei 19,5 % der Hochaltrigenhaushalte unter der 50 %-Schwelle, gegenüber 12,7 % im Durchschnitt aller Privathaushalte.

Sozialhilfebezug

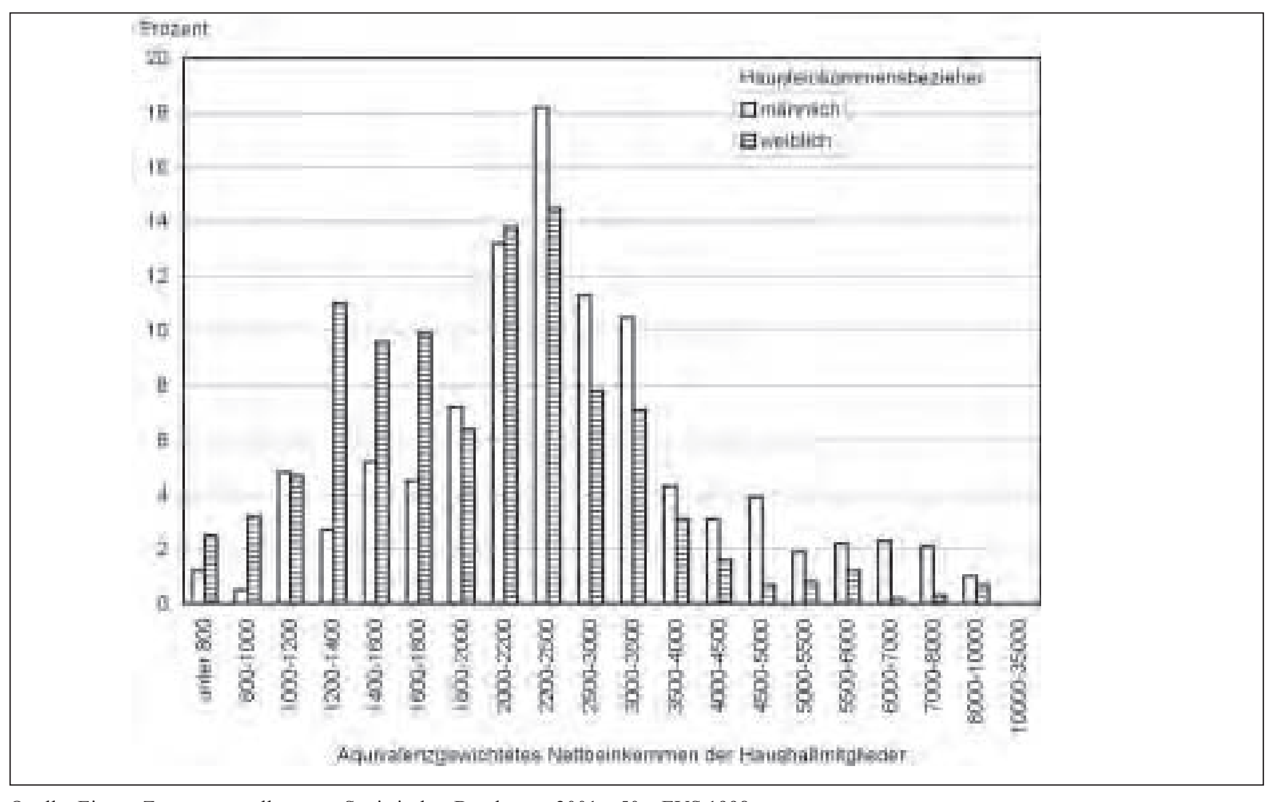
Obwohl der Anteil der Haushalte mit Niedrigeinkommen unter den Hochaltrigen damit über dem nationalen Durchschnitt liegt, sind sie vergleichsweise selten auf Sozialhilfe angewiesen. Ende 1999 erhielten nur 0,7 % der Männer und 1,7 der Frauen ab 80 Jahren vom Sozialamt Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Tabelle 3-4, Seite 58). In der Bevölkerung insgesamt lag diese Quote bei 3,4 %, bei einer mit dem Alter sinkenden Rate. Von den Kindern unter zehn Jahren erhielten 7,6 % laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Abbildung 3-4).

Fast neun von zehn hochaltrigen Hilfeempfängern sind Frauen. Die große Mehrheit der hochaltrigen Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt lebt in Einpersonenhaushalten. Bei den auf diese Unterstützung angewiesenen Hochaltrigen handelt es sich also hauptsächlich um allein lebende alte Frauen.

Zwar beziehen – wie gezeigt – relativ wenig Hochaltrige Sozialhilfe im engeren Sinne. Diejenigen jedoch, die darauf angewiesen sind, benötigen diese Unterstützung meist dauerhaft. Anders als Jüngere haben sie kaum mehr die Chance, finanziell unabhängig zu werden. Ende 1999 erhielten die Betroffenen im Alter von 85 und mehr Jahren im Durchschnitt bereits seit 70 Monaten Hilfe zum Lebensunterhalt, die 80- bis 84-Jährigen seit 65 Monaten.

Abbildung 3-3

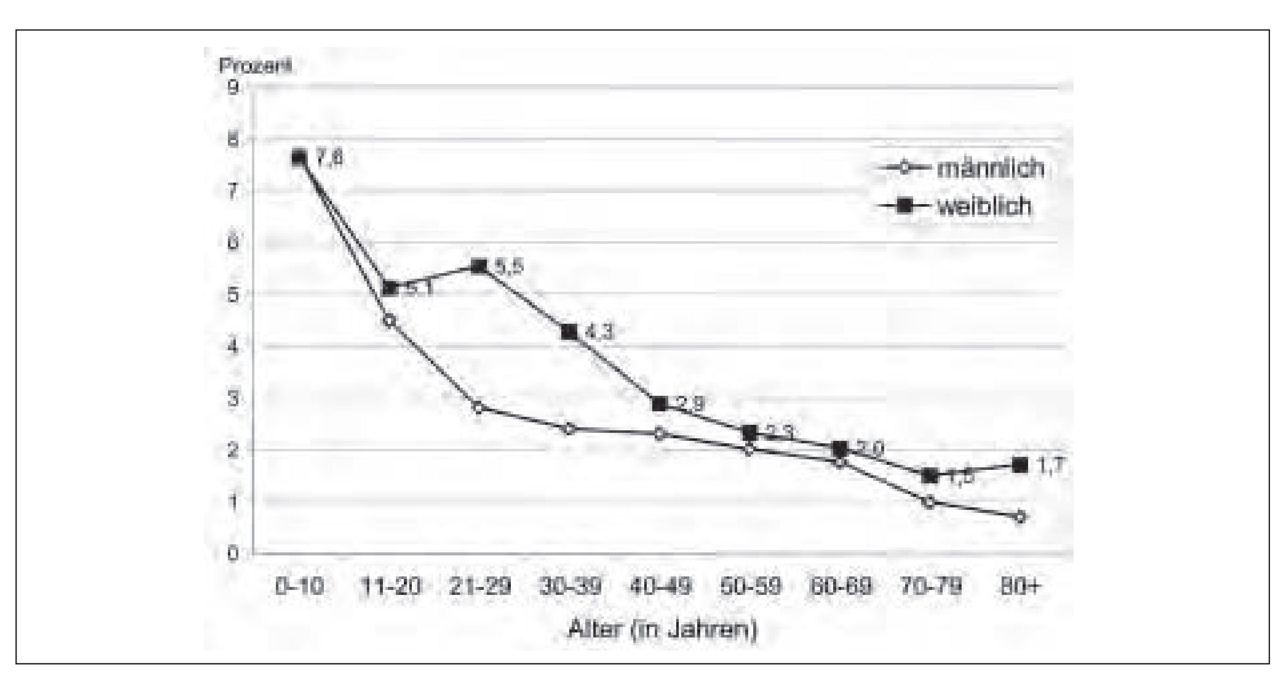
Schichtung der Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren nach dem äquivalenzgewichteten Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder, 1998



Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c: 50 – EVS 1998.

Abbildung 3-4

Altersspezifische Quoten des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999



Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001g und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Tabelle 3-4

Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999

Zahl der Hilfeempfänger:		
– insgesamt	2.811.809	
– im Alter von 80 und mehr Jahren (Hochaltrige)	42.461	
darunter: Frauen	37.051	*(87,3 %)*
Männer	5.410	*(12,7 %)*
Hochaltrige außerhalb von Einrichtungen	35.691	*(84,1 %)*
Hochaltrige in Einrichtungen	6.770	*(15,9 %)*
Hilfeempfängerquote:		
– insgesamt		*3,4 %*
– bei Hochaltrigen (80 Jahre und älter)		*1,4 %*
– bei hochaltrigen Frauen		*1,7 %*
– bei hochaltrigen Männern		*0,7 %*
Bisherige Bezugsdauer der Hilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen:		
– insgesamt	26,1 Monate	
– der Empfänger im Alter von 80 bis 84 Jahren	65,1 Monate	
– der Empfänger im Alter von 85 und mehr Jahren	70,1 Monate	
Bedarfsgemeinschaften von Hilfeempfängern im Alter von 75 und mehr Jahren:		
– insgesamt	62.777	
darunter: 1-Personen-Haushalte	49.788	*(79,3 %)*

Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001g, Deutscher Bundestag 2001 und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Verdeckte Armut

Es stellt sich die Frage, ob die relativ niedrige Sozialhilfequote älterer Menschen zum Teil dadurch bedingt ist, dass alte Menschen eher als andere die ihnen im Falle der Bedürftigkeit zustehenden Sozialhilfeansprüche nicht geltend machen. Unter dem Schlagwort der „verschämten Armut“ wird oft argumentiert, dass insbesondere ältere Menschen den Gang zum Sozialamt scheuen, da sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten oder moralische Vorbehalte gegen das Angewiesensein auf diese Transferleistung haben. Diese Vermutungen haben dazu beigetragen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Altersvermögensgesetzes 2000 zum 1. Januar 2003 eine Grundsicherung für bedürftige Menschen ab 65 Jahren (und für dauerhaft voll Erwerbsgeminderte) auf Sozialhilfeniveau unter Ausschluss des Unterhaltsrückgriffs auf ihre Kinder eingeführt hat, sofern deren Jahreseinkommen 100 000 Euro nicht übersteigt.

Die Forschungsergebnisse zum Ausmaß der verdeckten Armut in Deutschland und den Gründen der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe trotz bestehenden Anspruchs sind sehr heterogen. Dies rührt auch daher, dass die Studien sich hinsichtlich der Methodik, der Datenquellen und der gewählten Indikatoren stark von einander unterscheiden (vgl. hierzu Engels & Sellin 2000, Engels 2001, Schöning & Ruiss 2000). Aus den neuesten Untersuchungen lässt sich entnehmen, dass ältere Menschen zwar mit ihrem Einkommen (vor Erhalt von Sozialhilfe) unterdurchschnittlich oft unter der Sozialhilfeschwelle liegen, also seltener anspruchberechtigt sind, diejenigen alten Menschen mit einem Einkommen unter der Sozialhilfeschwelle jedoch seltener als Jüngere Sozialhilfe in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 3-5).

Bei der Interpretation der ausgewiesenen Quoten ist allerdings Vorsicht geboten. Mangels vorhandener Daten gelingt in den Studien nicht zwangsläufig eine perfekte Simulation des nach dem BSHG bestehenden Einkommensbedarfs und des vor einem Hilfebezug einzusetzenden Vermögens sowie der Geltendmachung vorrangiger Leistungsansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen. Deshalb kann man davon ausgehen, dass der tatsächliche Kreis der Sozialhilfeberechtigten und die Quote der Nichtinanspruchnahme geringer ist. Einer vergleichenden Betrachtung des Ausmaßes verdeckter Armut zwischen den Altersgruppen tut dies allerdings keinen Abbruch, sofern die Ungenauigkeiten in den Berechnungen nicht vom Alter abhängen.

Die Befunde von Neumann und Hertz sowie von Riphahn weisen im Übrigen darauf hin, dass der Anteil verdeckt Armer und die Quote der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen überdurchschnittlich hoch ist. Verdeckte Armut ist kein Problem, das vor allem ältere Menschen betrifft.

Tabelle 3-5

Altersspezifisches Ausmaß verdeckter Armut

Untersuchung (Datenquelle)	Altersgruppe	Anspruchs-berechtigte[1]	Verdeckt Arme	
		in % der Bevölkerung/Haushalte		in % der Anspruchs-berechtigten
Neumann & Hertz 1998 (SOEP 1995)	Insgesamt[2]		*3,4*	*52,3*
	unter 6		*2,6*	
	7 bis 17		*5,4*	
	18 bis 59		*3,4*	
	60 und älter		*2,5*	
Kayser & Frick 2001 (SOEP 1996)	Insgesamt[3]	*6,5*	*4,1*	*63,1*
	unter 50	*7,6*	*4,7*	*61,6*
	50 und älter	*5,2*	*3,4*	*65,6*
	60 und älter	*5,3*	*4,1*	*77,5*
	70 und älter	*5,3*	*4,1*	*77,5*
Riphahn 2000 (EVS 1993)	Insgesamt[2]			*62,7*
	unter 30			*68,3*
	unter 40			*53,3*
	unter 50			*54,1*
	unter 60			*63,6*
	unter 70			*68,1*
	70 und älter			*72,9*

1 Personen oder Haushalte mit einem Einkommen (vor Erhalt von Sozialhilfe) unterhalb der berechneten Sozialhilfeschwelle.
2 Alter der in Privathaushalten lebenden Personen.
3 Haushalte nach dem Alter des Haushaltsvorstands.

Hilfe in besonderen Lebenslagen

Neben der als Sozialhilfe im engeren Sinn bekannten Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es finanzielle Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz auch für Menschen in besonderen Lebenslagen mit erhöhtem Bedarf. Diese so genannte Hilfe in besonderen Lebenslagen richtet sich in nicht unerheblichem Maße an alte und hochaltrige Menschen. Insgesamt erhielten Ende 1999 118,9 Tausend bzw. 4,1 % der Hochaltrigen ab 80 Jahren Hilfe in besonderen Lebenslagen. Das Risiko, auf diese Leistung der Sozialhilfeträger angewiesen zu sein, ist für Hochaltrige um ein Vielfaches höher als für Jüngere. In neun von zehn Fällen handelt es sich um Frauen und acht von zehn Empfänger befinden sich in Einrichtungen.

Vor allem stationär Pflegebedürftige waren vor Einführung der Pflegeversicherung häufig auf diese Sozialhilfeleistung angewiesen, um die Heimkosten bezahlen zu können. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege betrug Ende 1994 noch 268,4 Tausend, verringerte sich dann bis Ende 1998 auf 160,2 Tausend, zweifellos ein Verdienst der Pflegeversicherung (Deutscher Bundestag 2001: 45). Im Jahr darauf stieg die Empfängerzahl jedoch kräftig, sodass Ende 1999 190,9 Tausend Heimbewohner auf diese Sozialhilfeleistung angewiesen waren. Bezieht man diese Zahl auf die Gesamtzahl der stationär Pflegebedürftigen nach SGB XI, erhielte ein Drittel ergänzende Hilfe zur Pflege (vgl. Tabelle 3-6, Seite 60). Allerdings sind nicht alle Empfänger von Hilfe zur Pflege pflegebedürftig nach SGB XI.

Eine der Ursachen dieses Wiederanstiegs liegt in der wachsenden Schere zwischen den ansteigenden Heimentgelten und den seit ihrer Einführung im Wesentlichen unverändert gebliebenen Leistungssätzen der Pflegeversicherung für die einzelnen Pflegestufen im stationären Bereich.

Wie Tabelle 3-7, Seite 61 zeigt, haben die Heimentgelte nach der Preisfreigabe zum Ende des Jahres 1998 (siehe Artikel 49b Pflegeversicherungsgesetz) einen deutlichen Preissprung vollzogen. In nur zwei Jahren stiegen die Heimentgelte (ohne Investitionskosten) – je nach Pflegeklasse und Landesteil – um 13,3 bis 20,5 %. Im Jahr 2000 mussten die in Heimen lebenden Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 im Durchschnitt ein monatliches Heimentgelt in Höhe von 5 517 DM (2 821 Euro) in den alten Bundesländern und 4 370 DM (2 234 Euro) in den neuen

Tabelle 3-6

Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen am 31. Dezember 1999

Zahl der Hilfeempfänger:		
– insgesamt	963.327	
– im Alter von 80 und mehr Jahren (Hochaltrige)	118.863	
darunter: Frauen		106.463 *(89,6 %)*
Männer		12.400 *(10,4 %)*
Mit gleichzeitigem Erhalt von Hilfe zum Lebensunterhalt		24.967 *(21,0 %)*
Hochaltrige in Einrichtungen		96.592 *(81,3 %)*
Hilfeempfängerquote:		
– insgesamt	*1,2 %*	
– bei Hochaltrigen (80 Jahre und älter)	*4,1 %*	
– bei hochaltrigen Frauen	*4,9 %*	
– bei hochaltrigen Männern	*1,6 %*	
Bisherige Dauer der Gewährung von Hilfe zur Pflege an deutsche Personen im Alter von ... Jahren:		
– 75 bis 84 Jahren	4,0 Jahre	
– 85 und mehr Jahren	3,3 Jahre	
Wichtigste Arten der Hilfegewährung an Hochaltrige (80+):		
– Hilfe zur Pflege		106.130 *(89,3 %)*
darunter: vollstationär		93.829
– Krankenhilfe		6.926 *(5,8 %)*
– Eingliederungshilfe für Behinderte		4.641 *(3,9 %)*
Ergänzender Sozialhilfebezug bei Pflegebedürftigen:		
– in Einrichtungen:		
Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (191 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Einrichtungen (578 Tsd.)	*33 %*	
– in Privathaushalten:		
Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (57 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Privathaushalten (1351 Tsd.)	*4 %*	

Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001f, Deutscher Bundestag 2001 und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Bundesländern begleichen.[16] Abzüglich des – seit Einführung der Pflegeversicherung nicht erhöhten – Zuschusses der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 2 800 DM (1 432 Euro)[17] mussten Heimbewohner der Pflegestufe 3 von den monatlichen Heimentgelten (ohne Investitionskosten) im Westen durchschnittlich 2 717 DM (1 389 Euro), im Osten 1 570 DM (830 Euro) aus eigener Tasche begleichen bzw. bei nicht ausreichenden eigenen Ressourcen die finanzielle Unterstützung durch Angehörige oder den Sozialhilfeträger in Anspruch nehmen. Der durch die Pflegeversicherung gedeckte Teil der Heimkosten verringerte sich zwischen 1998 und 2000 bei Pflegestufe 3 im Westen von 57,5 auf 50,8 %, im Osten von 74,3 auf 64,1 %.

Da die Heimentgelte zudem stärker gestiegen sind als die Alterseinkommen (vgl. Rothgang 2001), sind mehr Heimbewohner wieder auf die ergänzende Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger angewiesen. Binnen eines Jahres (zwischen Ende 1998 und Ende 1999) erhöhte sich ihre Zahl von 160 Tausend auf 191 Tausend (+ 19 %). Rund die Hälfte dieser Hilfeempfänger (94 Tausend) sind Hochaltrige. Die von der Bundesregierung geäußerte Befürchtung „Ohne eine Dynamisierung der Leistungen unter Berücksichtigung der Entgeltentwicklung muss mit einer Zunahme des Anteils der Sozialhilfeempfänger gerechnet werden“ (Deutscher Bundestag 2000: 12) wird zusehends Realität.

16 In einzelnen Bundesländern kommt noch die Beteiligung der Heimbewohner an den Investitionskosten des Heimes hinzu.

17 In Härtefällen (1999 ca. 2 % der stationär Pflegebedürftigen der Stufe 3) können bis zu 3 300 DM (1 687 Euro) Leistungen gewährt werden.

Bezogen auf die Zahl der in Heimen lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist jeder dritte pflegebedürftige Heimbewohner mangels ausreichender finanzieller Ressourcen auf ergänzende Hilfe zur Pflege des Sozialhilfeträgers angewiesen (siehe Tabelle 3-7). Wenn rund ein Drittel der pflegebedürftigen Heimbewohner nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln und den erhaltenen Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten des Heimaufenthalts zu bestreiten, gerät stationäre Pflegebedürftigkeit zu einem Armutsrisiko ersten Ranges.

Tabelle 3-7

Entwicklung der Heimentgelte und der Differenz zu den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung, 1998 bis 2000

Pflegeklasse/ -stufe	**Höhe des Heimentgelts[1]:**			**Zunahme**		
	1998	**1999**	**2000**	**1998° 1999**	**1999° 2000**	**1998° 2000**
	Westdeutschland					
I	3.193 DM *(1.633 €)*	3.283 DM *(1.679 €)*	3.847 DM *(1.967 €)*	*+2,8 %*	*+17,2 %*	*+20,5 %*
II	3.914 DM *(2.001 €)*	3.980 DM *(2.035 €)*	4.626 DM *(2.365 €)*	*+1,7 %*	*+16,2 %*	*+18,2 %*
III	4.870 DM *(2.490 €)*	4.866 DM *(2.488 €)*	5.517 DM *(2.821 €)*	*–0,1 %*	*+13,4 %*	*+13,3 %*
	Ostdeutschland					
I	2.554 DM *(1.306 €)*	2.677 DM *(1.369 €)*	2.982 DM *(1.525 €)*	*+4,8 %*	*+11,4 %*	*+16,8 %*
II	3.014 DM *(1.541 €)*	3.175 DM *(1.623 €)*	3.560 DM *(1.820 €)*	*+5,3 %*	*+12,1 %*	*+18,1 %*
III	3.769 DM *(1.927 €)*	3.977 DM *(2.033 €)*	4.370 DM *(2.234 €)*	*+5,5 %*	*+9,9 %*	*+15,9 %*
Pflegeklasse/ -stufe	**Differenz zwischen dem Heimentgelt und den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Dauerpflege[2]:**					
	1998	**1999**	**2000**	**1998**	**1999**	**2000**
	DM *(Euro)*			***in Prozent des Heimentgelts***		
	Westdeutschland					
I	1.193 DM *(610 €)*	1.283 DM *(656 €)*	1.847 DM *(944 €)*	*37,4 %*	*39,1 %*	*48,0 %*
II	1.414 DM *(723 €)*	1.480 DM *(757 €)*	2.126 DM *(1.087 €)*	*36,1 %*	*37,2 %*	*46,0 %*
III	2.070 DM *(1.058 €)*	2.066 DM *(1.056 €)*	2.717 DM *(1.389 €)*	*42,5 %*	*42,5 %*	*49,2 %*
	Ostdeutschland					
I	554 DM *(283 €)*	677 DM *(346 €)*	982 DM *(502 €)*	*21,7 %*	*25,3 %*	*32,9 %*
II	514 DM *(263 €)*	675 DM *(345 €)*	1.060 DM *(542 €)*	*17,1 %*	*21,3 %*	*29,8 %*
III	969 DM *(495 €)*	1.177 DM *(602 €)*	1.570 DM *(803 €)*	*25,7 %*	*29,6 %*	*35,9 %*

1 Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Investitionskosten sind in den Angaben nicht enthalten.
2 Höhe der Pauschalleistungen: 2 000 DM (1 023 Euro) (bei Stufe I), 2 500 DM (1 279 Euro) (bei Stufe II), 2 800 DM (1 432 Euro) (bei Stufe III). Der Erhalt höherer Leistungen (bis max. 3 300 DM/1 688 Euro) für Härtefalle in Stufe III bleibt unberücksichtigt. Circa 2 % der stationären Pflegebedürftigen in Stufe III sind solche Härtefälle (vgl. Deutscher Bundestag 2001: 27).
Quelle: Rothgang 2001: 121 und eigene Berechnungen.

3.2.1.3 Vermögenssituation im Alter

Die zentrale Datenbasis mit Informationen zum Vermögen der Privathaushalte unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung in Deutschland ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamts (vgl. Statistisches Bundesamt 2001c). Die verfügbaren Publikationen mit Ergebnissen der EVS 1998 zur Vermögenssituation weisen als oberste Altersgruppe meist die Gruppe der 70-Jährigen und Älteren aus.

Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 70 und mehr Jahren hatten 1998 im Durchschnitt ein Nettogeldvermögen in Höhe von 62,8 Tausend DM (32,1 Tausend Euro) im Westen und 24,4 Tausend DM (12,5 Tausend Euro) im Osten der Republik (vgl. Tabelle 3-8). Sie haben damit rund 8 (West) bzw. 18 % (Ost) weniger auf der „hohen Kante“ als der Durchschnitt aller Privathaushalte. Die Verteilung des Vermögens ist allerdings weit ungleicher als die Einkommensverteilung. So reicht etwa bei den Einpersonenhaushalten von 75-Jährigen und Älteren nach den Ergebnissen des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung die Spanne des Nettogesamtvermögens (einschl. Immobilienvermögen) von nur 1 000 DM (511 Euro) beim untersten Fünftel dieser Altersgruppe bis 580 000 DM (296 500 Euro) beim obersten Fünftel (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 58)[18]. Die erhebliche Streuung wird auch daran ersichtlich, dass innerhalb der Haushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 70 und mehr Jahren 13 % sowohl einkommens- als auch vermögensmäßig das unterste Fünftel und 5 % das oberste Fünftel bilden (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001c: 99).

Wenig bis gar kein Geldvermögen haben innerhalb der Bevölkerung ab 70 Jahren vor allem die Rentnerinnen und Rentner in Einpersonenhaushalten, insbesondere in Ostdeutschland. In den neuen Bundesländern verfügen rund 11 % der allein lebenden Rentnerinnen und Rentner ab 70 Jahren über keine finanziellen Rücklagen, in den alten Bundesländern trifft dies auf 9 % der allein lebenden Rentnerinnen und 12,6 % der allein lebenden Rentner

[18] Tatsächlich dürften die Unterschiede noch größer sein, da in der EVS Heimbewohner und Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von über 35 000 DM (17 895 Euro) nicht enthalten sind.

Tabelle 3-8

Vermögen und Schulden privater Haushalte, 1998

Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
Durchschnittliches Nettogeldvermögen[1]:			
– insgesamt	61.304 DM *(31.344 €)*	68.111 DM *(34.825 €)*	29.622 DM *(13.612 €)*
– der 65- bis 69-Jährigen		83.077 DM *(42.477 €)*	32.924 DM *(16.834 €)*
– der 70-Jährigen und Älteren		62.840 DM *(32.130 €)*	24.367 DM *(12.459 €)*
darunter: allein lebende Rentnerinnen		38.821 DM *(19.849 €)*	16.195 DM *(8.280 €)*
allein lebende Rentner		59.720 DM *(30.534 €)*	10.524 DM *(5.381 €)*
allein lebende Pensionärinnen		74.229 DM *(37.953 €)*	
allein lebende Pensionäre		107.729 DM *(55.081 €)*	
Anteil der Haushalte ohne Geldvermögen:			
– insgesamt	*7,7 %*	*7,7 %*	*7,4 %*
– bei 65- bis 69-Jährigen		*6,6 %*	*7,1 %*
– bei 70-Jährigen und Älteren		*7,4 %*	*8,7 %*
darunter: allein lebende Rentnerinnen		*9,1 %*	*11,5 %*
allein lebende Rentner		*12,6 %*	*11,2 %*
allein lebende Pensionärinnen		*5,3 %*	
allein lebende Pensionäre		*3,3 %*	

noch Tabelle 3-8

Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
Haushalte mit Haus- und Grundbesitz:			
– insgesamt	*45,1 %*	*47,8 %*	*33,3 %*
darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum[2]	*40,3 %*	*43,6 %*	*25,9 %*
– bei Rentnern	*41,0 %*	*45,7 %*	*24,3 %*
– bei Pensionären		*63,4 %*	/
– bei 65- bis 69-Jährigen	*49,4 %*	*53,9 %*	*28,2 %*
– bei 70-Jährigen und Älteren	*39,3 %*	*43,7 %*	*19,8 %*
darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum[2]	*36,6 %*	*41,4 %*	*15,4 %*
Durchschnittlicher Verkehrswert des Besitzes:			
– insgesamt		467.057 DM *(238.802 €)*	231.268 DM *(118.245 €)*
– bei Rentnern		181.424 DM *(92.761 €)*	161.201 DM *(82.421 €)*
– bei Pensionären		290.176 DM *(148.365 €)*	/
– bei 65- bis 69-Jährigen		232.237 DM *(118.741 €)*	158.825 DM *(81.206 €)*
– bei 70-Jährigen und Älteren		175.107 DM *(89.531 €)*	144.875 DM *(74.073 €)*
Mit (Rest)Schulden belastete Immobilien[3]:			
– insgesamt	*53,7 %*	*54,3 %*	*50,2 %*
– bei Rentnern	*21,6 %*	*21,1 %*	*24,7 %*
– bei Pensionären		*33,1 %*	/
– bei 65- bis 69-Jährigen	*26,1 %*	*26,1 %*	*[25,5 %]*
– bei 70-Jährigen und Älteren	*14,5 %*	*14,3 %*	*[16,6 %]*
Durchschnittliche Höhe der Restschuld[4]:			
– insgesamt		154.322 DM *(78.904 €)*	111.902 DM *(57.215 €)*
– bei Rentnern		86.371 DM *(44.161 €)*	44.877 DM *(22.945 €)*
– bei Pensionären		92.740 DM *(47.417 €)*	/
– bei 65- bis 69-Jährigen		91.520 DM *(46.793 €)*	[50.451 DM] *(25.795 €)*
– bei 70-Jährigen und Älteren		90.550 DM *(46.297 €)*	[36.959 DM] *(18.897 €)*

1 Im Durchschnitt aller Haushalte, unter Abzug vorhandener Schulden aus Konsumentenkrediten.
2 Der Haushalte.
3 Der Haushalte mit Haus- und Grundbesitz.
4 Je Haushalt mit Restschuld.
[] = Angaben in Klammern wegen geringer Fallzahl in der Stichprobe.
/ = Keine Angaben wegen zu geringer Fallzahl.
Quellen: Münnich 2001a, 2001b und eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 1999 – EVS 1998.

diesen Alters zu. Nur selten ohne Ersparnisse sind hingegen Pensionärshaushalte, die zudem im Mittel vermögender sind als der Durchschnittshaushalt.

39 % der Haushalte von 70-Jährigen und Älteren sind im Besitz von Immobilien, 37 % wohnen im eigenen Wohneigentum. Aufgrund der in der Vergangenheit unterschiedlichen Gesellschaftssysteme mit ihrer je eigenen Wohnungspolitik ist Wohneigentum in Ostdeutschland weniger verbreitet als in Westdeutschland. In den neuen Bundesländern wohnen 85 % der Privathaushalte dieser Altersgruppe zur Miete, in den alten Bundesländern nur 63 %.

Der Verkehrswert der im Besitz der Altenhaushalte (ab 70 Jahren) befindlichen Immobilien beträgt durchschnittlich 175 107 DM (89 531 Euro) im Westen und 144 875 DM (74 073 Euro) im Osten. Im Unterschied zum Wohneigentum Jüngerer sind die Immobilien alter Menschen größtenteils schuldenfrei.

3.2.2 Einkommensverwendung im hohen Alter

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, wie hoch die Ausgaben Hochaltriger für den privaten Konsum im Vergleich zu jüngeren Seniorinnen und Senioren sind, in welchen Konsumbereichen sie möglicherweise höhere oder niedrigere Aufwendungen haben und wie es um ihr Sparverhalten steht. Die Hauptdatenquelle ist wiederum die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

Die Zahlen in Tabelle 3-9 zeigen, dass die Konsumausgaben der älteren Menschen absolut und in % ihres Einkommens umso geringer sind, je höher ihr Alter ist. Sie betragen bei den Haushalten mit einer hochaltrigen Bezugsperson in West- und Ostdeutschland absolut annähernd nur die Hälfte dessen, was Haushalte mit einer jüngeren Bezugsperson im Alter beispielsweise von 60 bis 64 Jahren ausgeben. Der auf den privaten Verbrauch entfallende Anteil des Einkommens (Konsumquote) ist bei Hochaltrigen allerdings nicht im selben Ausmaß geringer, da ihnen im Durchschnitt weniger Einkommen als den jüngeren Seniorinnen und Senioren zur Verfügung steht.

Die westdeutschen Hochaltrigenhaushalte verwendeten 1998 durchschnittlich 2 042 DM (1 044 Euro) bzw. 70,7 % ihres Einkommens für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen. Bei den 60- bis 64-Jährigen lagen diese Ausgaben bei 3 748 DM (1 916 Euro) bzw. 79,7 %. Dieser Unterschied dürfte sowohl Ausdruck einer allgemeinen Verringerung der Konsumausgaben im Verlauf des Alterns sein als auch Ausdruck der unterschiedlichen Generationenzugehörigkeit.[19]

Auffällig ist zudem, dass die Ausgaben Älterer und Hochaltriger für den privaten Verbrauch in den neuen Bundesländern zwar absolut niedriger sind als im Westen, jedoch einen höheren Anteil ihres Einkommens in Beschlag nehmen. Dies hängt mit ihrem geringeren Einkommen zusammen. Es ist eine altbekannte ökonomische Erkenntnis, dass der Anteil des Einkommens, der für die alltägliche Lebensführung aufgewendet wird bzw. werden muss, umso höher ist, je weniger Einkommen zur Verfügung steht. Im Extrem übersteigen die Konsumausgaben gar das Einkommen, was zum Abbau von Ersparnissen (sofern vorhanden) oder zur Verschuldung führt. Wie Münnich (2001b) zeigt, sind die Konsumausgaben des untersten Einkommensfünftels der Rentnerhaushalte in Deutschland höher als ihr Einkommen.

Dennoch ist erstaunlich, dass auch Hochaltrige im Allgemeinen noch einen Teil ihres Einkommens zurücklegen bzw. einen positiven Saldo aus Vermögenszu- und -abgängen aufweisen (vgl. Tabelle 3-10). Nur denjenigen in Ostdeutschland, die mit 85 Jahren oder älter – noch – einen eigenen Haushalt führen, gelingt dies nicht mehr. Auch im hohen Alter scheint der Wunsch zu bestehen, die eigenen Ersparnisse noch etwas zu mehren oder zumindest konstant zu halten. Die mit dem Alter rückläufige Konsumquote erleichtert dies. Allerdings gehen die Beträge und die Sparquote deutlich zurück.

Nicht nur die Höhe, auch die Struktur der Konsumausgaben ändert sich mit dem Alter.

Insbesondere bei den Gütergruppen „Wohnen“ und „Gesundheitsgüter“ zeigt sich, dass Personen im hohen Alter hierfür anteilsmäßig mehr aufwenden. Diesen höheren Ausgaben stehen überproportional niedrigere Ausgaben für die Gruppe „Verkehr“ gegenüber.

Die strukturellen Unterschiede in den Ausgaben von Haushalten älterer Menschen ergeben im Prinzip drei Arten von Ausgabenkategorien (vgl. Tabelle 3-11, Seite 66):

1. Gütergruppen, bei denen die Ausgaben in allen Altersgruppen anteilsmäßig in etwa die gleiche Bedeutung haben. Zu diesen gehören die Ausgaben für Nahrungs- und Genussmittel, für Nachrichtenübermittlung, für Bildungswesen und für Übernachtung und Speisen außer Haus.

2. Gütergruppen, bei denen die Ausgaben anteilsmäßig bei Haushalten mit einer jeweils älteren Bezugsperson höher sind. Zu diesen zählen die Ausgaben für Wohnen und Wohnungsinstandsetzung, für Haushaltsenergie, für Gesundheitspflege und für andere Waren und Dienstleistungen.

3. Gütergruppen, bei denen die Anteilswerte der Ausgaben bei Haushalten mit jeweils älteren Bezugspersonen niedriger sind. Hierzu sind die Ausgaben für Bekleidung und Schuhe, für Güter für die Haushaltsführung, für Verkehr sowie für Freizeit, Unterhaltung und Kultur zu rechnen.

Hochaltrige sind wegen ihres geringeren finanziellen Spielraums und ihres geringeren Vermögens vulnerabler gegenüber plötzlichen Verschlechterungen ihrer Einkommenssituation oder beim Entstehen zusätzlicher Ausgabenerfordernisse. Aufgrund ihres hohen Alters sind sie

[19] Die Tatsache der mit steigendem Alter sinkenden Konsumausgaben bestätigt sich auch unter Kontrolle der mit zunehmendem Alter abnehmenden Haushaltsgröße (vgl. Fachinger 2001a).

Tabelle 3-9

Mittelwert der monatlichen Ausgaben für den privaten Verbrauch und des ausgabefähigen Einkommens sowie Konsumquoten der Haushalte Älterer, 1998[1]

	Alterskategorie					
	60 bis 64	65 bis 69	70 bis 74	75 bis 79	80 bis 84	85 und älter
Westdeutschland						
Privater Verbrauch in DM	3.748	3.366	2.910	2.642	2.381	2.042
(Euro)	*(1.916)*	*(1.721)*	*(1.488)*	*(1.351)*	*(1.217)*	*(1.044)*
Ausgabefähiges Einkommen in DM	4.703	4.064	3.561	3.365	3.083	2.887
(Euro)	*(2.405)*	*(2.078)*	*(1.821)*	*(1.720)*	*(1.576)*	*(1.476)*
Konsumquote[2] (%)	*79,7*	*82,8*	*81,7*	*78,5*	*77,2*	*70,7*
Ostdeutschland						
Privater Verbrauch in DM	2.911	2.780	2.341	2.106	2.122	1.603
(Euro)	*(1.488)*	*(1.421)*	*(1.197)*	*(1.077)*	*(1.085)*	*(820)*
Ausgabefähiges Einkommen in DM	3.390	3.224	2.672	2.611	2.467	1.994
(Euro)	*(1.733)*	*(1.648)*	*(1.366)*	*(1.335)*	*(1.261)*	*(1.020)*
Konsumquote[2] (%)	*85,9*	*86,2*	*87,6*	*80,7*	*86,0*	*80,4*

1 Jeweils ohne Mietwert des selbst genutzten Wohneigentums.
2 Konsumquote = Privater Verbrauch in % des ausgabefähigen Einkommens.
Quelle: Fachinger 2001a.

Tabelle 3-10

Sparquote und Höhe der Ersparnis der Haushalte Älterer, 1998

Alter des Haupteinkommens-beziehers	Ersparnis[1]		Sparquote[2]
	Mittelwert	Median	
	in DM *(Euro)* pro Monat		in % des Einkommens
		Westdeutschland	
85 und älter	294 *(150)*	58 *(30)*	*2,4*
80 bis 84	254 *(130)*	85 *(43)*	*3,3*
75 bis 79	297 *(152)*	100 *(51)*	*3,7*
70 bis 74	195 *(100)*	111 *(57)*	*3,8*
65 bis 69	115 *(79)*	142 *(73)*	*4,2*
60 bis 64	353 *(180)*	240 *(123)*	*6,3*
		Ostdeutschland	
85 und älter	*–20 (–10)*	0	*0*
80 bis 84	155 *(79)*	84 *(43)*	*3,6*
75 bis 79	272 *(139)*	67 *(34)*	*2,7*
70 bis 74	146 *(75)*	29 *(15)*	*1,2*
65 bis 69	201 *(103)*	150 *(77)*	*4,9*
60 bis 64	244 *(125)*	167 *(85)*	*5,5*

1 Saldo aus Vermögenszu- und -abgängen.
2 Quotient aus dem Median der Ersparnis und dem Median des ausgabefähigen Einkommens.
Quelle: Fachinger 2001a.

Tabelle 3-11

Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, 1998[1]

Gütergruppe	Alter des Haupteinkommensbeziehers (in Jahren)					
	60 bis 64	65 bis 69	70 bis 74	75 bis 79	80 bis 84	85 und älter
	in % der Ausgaben für den privaten Verbrauch					
Früheres Bundesgebiet:						
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	*13,8*	*16,5*	*19,3*	*21,3*	*23,8*	*26,6*
Haushaltsenergie	*5,5*	*6,0*	*6,3*	*6,6*	*6,8*	*7,6*
Gesundheitspflege	*6,0*	*6,2*	*6,6*	*7,6*	*7,6*	*8,9*
Nahrungs- und Genussmittel	*15,5*	*15,8*	*15,4*	*14,5*	*14,5*	*15,8*
Nachrichtenübermittlung	*2,6*	*2,7*	*2,9*	*2,9*	*3,0*	*3,1*
Güter für die Haushaltsführung	*8,4*	*8,5*	*7,8*	*7,8*	*8,0*	*6,8*
Bildungswesen	*0,4*	*0,2*	*0,1*	*0,2*	*0,1*	*0,0*
Bekleidung und Schuhe	*6,6*	*6,2*	*6,0*	*5,8*	*5,3*	*3,9*
Übernachtung, Speisen außer Haus	*6,5*	*5,6*	*5,5*	*5,0*	*5,5*	*5,2*
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	*14,2*	*14,3*	*13,6*	*13,6*	*12,3*	*10,8*
Verkehr	*15,7*	*13,1*	*11,2*	*8,6*	*6,8*	*3,8*
Andere Waren und Dienstleistungen	*4,7*	*4,8*	*5,3*	*6,1*	*6,2*	*7,4*
Privater Verbrauch insg. in DM *(Euro)* [=100 %]	3.748 *(1.916)*	3.366 *(1.721)*	2.910 *(1.488)*	2.642 *(1.351)*	2.381 *(1.217)*	2.042 *(1.044)*
Neue Länder und Berlin-Ost:						
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	*20,6*	*21,4*	*23,5*	*24,3*	*31,2*	*27,3*
Haushaltsenergie	*5,5*	*5,8*	*5,9*	*6,6*	*5,9*	*9,4*
Gesundheitspflege	*3,4*	*3,9*	*4,2*	*4,6*	*5,7*	*7,5*
Nahrungs- und Genussmittel	*17,1*	*17,1*	*15,7*	*17,0*	*15,0*	*18,2*
Nachrichtenübermittlung	*2,6*	*2,6*	*2,8*	*3,0*	*3,1*	*2,8*
Güter für die Haushaltsführung	*9,8*	*9,7*	*10,9*	*8,0*	*6,5*	*8,0*
Bildungswesen	*0,2*	*0,1*	*0,1*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Bekleidung und Schuhe	*5,8*	*5,6*	*5,6*	*5,7*	*5,1*	*4,4*
Übernachtung, Speisen außer Haus	*3,9*	*4,1*	*3,7*	*4,0*	*3,7*	*4,1*
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	*15,3*	*14,9*	*15,2*	*13,6*	*13,4*	*9,2*
Verkehr	*11,4*	*10,5*	*7,8*	*7,6*	*4,3*	*2,6*
Andere Waren und Dienstleistungen	*4,4*	*4,2*	*4,5*	*5,6*	*5,9*	*6,6*
Privater Verbrauch insg. in DM *(Euro)* [=100 %]	2.911 *(1.488)*	2.780 *(1.421)*	2.341 *(1.197)*	2.106 *(1.077)*	2.122 *(1.085)*	1.603 *(820)*

[1] Ausgaben für die einzelnen Gütergruppen in % der Gesamtausgaben für den privaten Verbrauch (Mittelwerte).
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben in Fachinger 2001a – EVS 1998.

dabei zwei Risiken stärker ausgesetzt als Jüngere, die neben tief greifenden sozialen Veränderungen auch spürbare bis erhebliche materielle Einschränkungen zur Folge haben können: dem Verwitwungsrisiko und dem Risiko, pflegebedürftig zu werden oder von der Pflegebedürftigkeit der Partnerin bzw. des Partner betroffen zu sein. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den Auswirkungen dieser kritischen Lebensereignisse auf die materielle Lage im hohen Alter.

3.2.3 Spezifische Bedarfslagen und materielle Risiken Hochaltriger[20]

Generell betrachtet ist nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der Übergang vom 3. ins 4. Lebensalter, also

[20] Dieser Abschnitt stützt sich stark auf die Expertise von Dr. Uwe Fachinger für den 4. Altenbericht „Einnahmen und Ausgaben Hochaltriger“ (2001a).

zur Hochaltrigkeit, von einer Stabilität der Einkommenslage gekennzeichnet. Führt man sich die einzelnen Einkunfts- und Ausgabearten vor Augen, kann man im Prinzip davon ausgehen, dass sich die materielle Situation mit dem Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit neu bestimmt und sich dann im Großen und Ganzen nicht mehr entscheidend verändert. Die dominierende Einkunftsart von Haushalten älterer Menschen sind die Einkünfte aus einem Regelalterssicherungssystem – in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um Rentenzahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und um Ruhestandsbezüge von Beamten (Pensionen) –, und diese werden nach der Ermittlung beim Erstbezug im Zeitablauf dynamisch angepasst. Es existieren jedoch auch in der Nacherwerbsphase einige Prozesse, die zu einer Veränderung der materiellen Lage und zu einer Differenzierung zwischen Haushalten älterer Menschen führen.

Zum einen ist dafür schon die Heterogenität der Altersvorsorge für die verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen verantwortlich. Hier ist auf die unterschiedlichen Anpassungsmechanismen von Leistungen in den Regelsicherungssystemen, in der betrieblichen Altersversorgung sowie bei Systemen, die eine Gesamtversorgung gewährleisten, und auf die unterschiedlichen Entwicklungen bei Einkommen aus Vermögen und Vermietungen hinzuweisen, die zu einer Differenzierung der Einkommensstruktur beitragen.

Zusätzlich wird die materielle Situation von Haushalten älterer Menschen im Zeitverlauf durch die akkumulierten Vermögen und die Kumulation von GRV-Renten und Betriebsrenten beeinflusst. Bekannt ist die starke Ungleichverteilung der Betriebsrenten zwischen Ost- und Westdeutschland. Während in den alten Bundesländern bei den Männern unter den 65-Jährigen und Älteren 28 % und den 85-Jährigen und Älteren 22 % und bei den Frauen 6 % (65+) bzw. 2 % (85+) eine eigene Betriebsrente beziehen, sind es in den neuen Bundesländern in der Altergruppe der 65-Jährigen und Älteren und bei den 85-Jährigen und Älteren jeweils nur 1 % der Männer und jeweils weniger als ein halbes % der Frauen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1015 u. 2015). Die Vermögenssituation kann sich im Zeitablauf durch Schenkungen, Erbschaften, die Auflösung von Vermögensbeständen – beispielsweise zur Finanzierung von durch Pflegebedürftigkeit bedingten Ausgaben –, aber auch allein durch Zinserträge, Spekulationsgewinne oder -verluste sowie Inflation verändern.

Neben den unterschiedlichen Anpassungsmechanismen und Leistungsveränderungen der gesetzlichen bzw. der privaten Altersversorgung und den anderen genannten Möglichkeiten wird die finanzielle Situation von Haushalten Hochaltriger vor allem durch kritische Lebensereignisse beeinflusst. Im Folgenden sollen Bedarfslagen betrachtet werden, die aufgrund von spezifischen Risiken der Hochaltrigkeit besondere materielle Belastungen mit sich bringen. Neben Änderungen der Einkommenssituation ist dabei eine mit diesen Ereignissen sich wandelnde Ausgabenhöhe und -struktur entscheidend für die Wohlfahrtssituation der betroffenen Haushalte.

Belastungen gehen vor allem mit dem Eintritt sozialer Risiken wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit oder Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung einher, die durch den Tod eines Haushaltsmitgliedes, den Umzug in ein Heim oder das (Wieder-) Zusammenziehen von Hochaltrigen mit ihren Kindern ausgelöst werden. Es werden nun exemplarisch einige Risiken des hohen Alters auf ihre ökonomischen Implikationen hin untersucht.

3.2.3.1 Verwitwung

Von den über 80-jährigen Frauen waren 1999 circa 80 % verwitwet. Bei Männern dieser Altersgruppe lag der Anteil der Witwer bei etwa 40 % (siehe Abbildung 3-5, Seite 68). Auch das kritische Lebensereignis der Verwitwung hat für die Gruppe der Hochaltrigen noch eine große Bedeutung, obwohl der größte Teil der Verwitwungen bereits in der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren stattfindet. Da die Scheidungsraten bei den über 80-Jährigen vernachlässigbar gering sind, stellt sich bei allen Ehepaaren in der letzten Lebensphase die Aufgabe für die überlebenden (meist weiblichen) Partner, mit den neuen Anforderungen des Alleinlebens umzugehen. Die Verwitwung stellt im Leben der Betroffenen einen einschneidenden Verlust dar. Es gehen damit in der Regel eine Vielzahl psychischer, sozialer und auch materieller Belastungen einher. Die ökonomischen Aspekte spielen dabei in der Wahrnehmung der Betroffenen zunächst häufig nur eine untergeordnete Rolle. Auf längere Sicht gewinnt aber auch für Witwen und Witwer die Frage an Bedeutung, welche Folgen dieses Ereignis für die Einnahmen und Ausgaben hat. Außerdem ist dies für die Bewertung der Funktion der Alterssicherungssysteme von Bedeutung.

In der Literatur werden die ökonomischen Auswirkungen der Verwitwung unterschiedlich diskutiert. Zum einen gilt Verwitwung traditionell als Armutsrisiko für Frauen (vgl. Backes 1993), zum anderen wird häufig auf durchschnittliche Einkommensvorteile Verwitweter gegenüber verheirateten Paaren oder ledigen und geschiedenen Frauen hingewiesen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998).

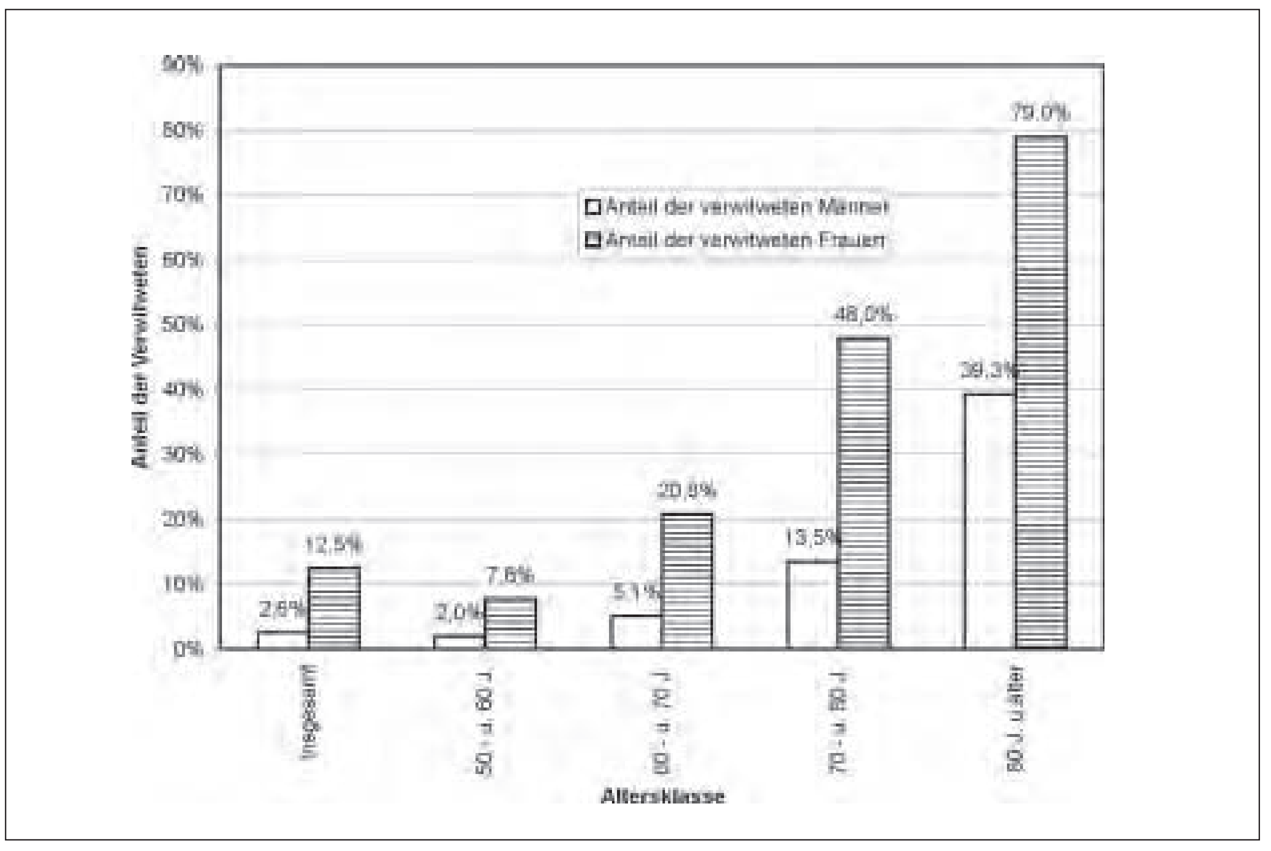
Zunächst existiert in Westdeutschland bei Verwitweten ebenso wie in anderen Gruppen ein starkes Einkommensgefälle zwischen Männern und Frauen. Während ältere verwitwete Männer (65 und älter) in Westdeutschland 1999 über ein durchschnittliches Nettoeinkommen von 2 788 DM (1 425 Euro)/Monat und in Ostdeutschland von 2 382 DM (1 218 Euro)/Monat verfügten, lag das durchschnittliche Nettoeinkommen von verwitweten älteren Frauen bei 2 200 DM (1 125 Euro)/Monat in den alten bzw. 2 166 DM (1 107 Euro)/Monat in den neuen Bundesländern (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1234 u. 2234).

Betrachtet man die Höhe der persönlichen Nettoeinkommen von hochaltrigen Witwern und Witwen im Alter von 85 Jahren und älter, so liegen sie nach den Daten der ASID ’99 in den alten Bundesländern bei durchschnittlich 2 753 DM (1 408 Euro)/Monat bzw. 2 041 DM (1 044 Euro)/Monat. In den neuen Bundesländern liegt ihr Durchschnittseinkommen bei 2 231 DM (1 141 Euro)/Monat bzw. 1 925 DM (984 Euro)/Monat.

Abbildung 3-5



Anteil der verwitweten Frauen und Männer in der jeweiligen Altersklasse



Quelle: DZA – GeroStat; Datenbasis Bevölkerungsfortschreibung 1999.

Abbildung 3-6 zeigt, dass bei den hochaltrigen Witwen eine breite Spreizung der Einkommensverteilung vorliegt. Diese weist nach neuen und alten Bundesländern unterschieden die typische Charakteristik der größeren Einkommensungleichheit im Westen gegenüber einer weniger ausgeprägten Einkommensdifferenzierung im Osten auf.

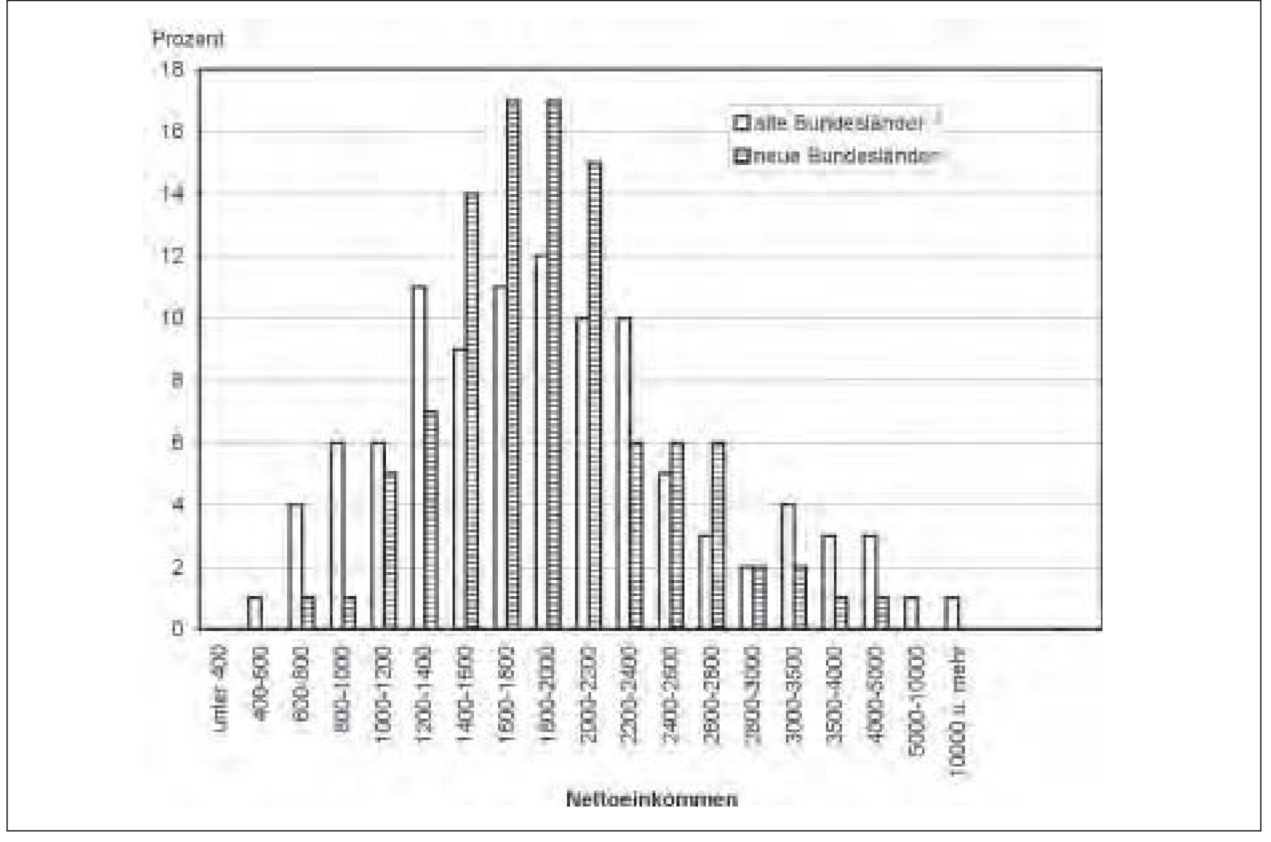
Der finanzielle Handlungsspielraum der Hochaltrigen ist insgesamt prinzipiell geringer als der anderer älterer Menschen. Dabei haben innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen die geschiedenen sowie – in Westdeutschland – die verwitweten Frauen z. T. deutlich niedrigere Einkommensdurchschnittswerte. Im Detail zeigt ein Vergleich auf Basis der EVS (Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) der äquivalenzgewichteten Werte der Haushalte mit einer allein stehenden Person mit denen aller Haushalte für Westdeutschland, dass die verwitweten und die geschiedenen Frauen grundsätzlich in allen Altersgruppen über durchschnittlich geringere Bruttoeinkommen verfügen, wohingegen die Männer – ob ledig, verwitwet oder geschieden – in der Regel im Durchschnitt höhere Einkommen beziehen. In Ostdeutschland ist die Situation deutlich anders. Hier erreichen die verwitweten Frauen sowie die verwitweten und die geschiedenen Männer überdurchschnittlich hohe Einkommen, während die ledigen und die geschiedenen Frauen z. T. erheblich unter dem Durchschnittswert liegende Einkommen beziehen. Dabei lässt sich, bis auf einige wenige Ausnahmen, auch für diese Gruppen konstatieren, dass die jeweils älteren Haushalte im Durchschnitt geringere Einkommen erhalten (Fachinger 2001a 2001, Zusammenfassung).

Die Haushalte Hochaltriger zeichnen sich hinsichtlich der Struktur und Höhe ihrer Einkommen und Ausgaben durch eine große Heterogenität aus. Zur Bewertung von Risiken, denen Gruppen am Rande des Einkommensspektrums unterliegen, und der Abschätzung ihrer Folgen wie z. B. durch Verwitwung ist bislang weder theoretisch noch empirisch eine gesicherte Wissensgrundlage gelegt worden.

Sowohl die Daten der ASID als auch der Berliner Altersstudie und des Alters-Surveys lassen sich bei Anwendung der BSHG-Äquivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet (s. u.), dahin gehend interpretieren, dass Verwitwete beiderlei Geschlechts im Durchschnitt über ein höheres Äquivalenzeinkommen verfügen als Verheiratete und Geschiedene. Dabei ist die Differenz zwischen den Verwit-

Abbildung 3-6

Schichtung des Nettoeinkommens von Witwen, 85 Jahre und älter



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1234 u. 2234.

weten und Nicht-Verwitweten bei den Männern höher als bei den Frauen, sodass die materielle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, wie sie in Kapitel 3.2.3 beschrieben wird, durch diesen Effekt noch einmal verstärkt wird. Auch im Längsschnitt zeigt sich, dass die Äquivalenzeinkommen von Männern und Frauen nach dem Eintritt der Verwitwung ansteigen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998; Wagner & Motel 1998; Motel 2000)

Es ist aber fraglich, ob es sich bei den nominalen Veränderungen der Äquivalenzeinkommen im Zuge der Verwitwung tatsächlich um Steigerungen der realen Wohlfahrtsposition handelt. Ob man bei der Untersuchung der Verwitwungsfolgen positive oder negative durchschnittliche finanzielle Auswirkungen der Verwitwung, in Form der Veränderung der relativen Wohlfahrtsposition von Verwitwetenhaushalten feststellt, hängt entscheidend von den Vorannahmen der Berechnungen ab.

Bei einem Vergleich der materiellen Situation von Haushalten sind die Ausgaben-Ersparnisse, die mehrere Haushaltsmitglieder durch das gemeinsame Wirtschaften erzielen, in Betracht zu ziehen. Üblicherweise erfolgt dies durch die Verwendung von Äquivalenzziffern, durch die zusätzlichen Haushaltsmitgliedern ein geringeres Gewicht als 1 zugewiesen wird. Hierzu werden die entsprechenden Haushaltseinkommen mit einem Faktor gewichtet, der die Nutzenvorteile oder Wohlfahrtsgewinne eines Mehrpersonenhaushalts gegenüber einem Einpersonenhaushalt durch das gemeinsame Wirtschaften bzw. die gemeinsame Nutzung derselben Gegenstände – beispielsweise einer Küche und deren Einrichtungsgegenstände, wie Herd, Spülmaschine oder Kühlschrank – berücksichtigt. Es gibt allerdings keinen allgemeinen Konsens über den Einsatz unterschiedlicher Gewichtungsfaktoren, im Allgemeinen als Äquivalenzskala bezeichnet, für die jeweilige Anzahl und das Alter der Personen pro Haushalt.

Eine Untersuchung von Motel (2000) zeigt am Beispiel des Alters-Surveys, dass je nach der Gewichtung der Vorteile des gemeinsamen Wirtschaftens in Mehrpersonenhaushalten sich der häufig konstatierte Einkommensvorteil durch Verwitwung in einen Nachteil umkehrt. Je höher die Gewichtung der weiteren Personen in Mehrpersonenhaushalten bei der Umrechnung der Haushaltseinkommen in bedarfsgewichtete Pro-Kopf-Einkommen, desto höher wird die relative Wohlfahrtsposition. So lässt sich bei Zugrundelegung der

BSHG-Äquivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet, eine relative Besserstellung der materiellen Situation nach Verwitwung aufzeigen. Dies gilt, wenn auch in geringerem Maße, ebenso für die alte OECD-Skala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere Erwachsene mit 0,7 gewichtet. Bei Verwendung der neuen OECD-Skala (Haushaltsvorstand 1, weitere Erwachsene 0,5) kehrt sich der Effekt um und Verwitwung stellt sich hier als Risiko der Verschlechterung der Wohlfahrtsposition dar. Betrachtet man nur die Veränderungen bei verwitweten Frauen, ist dieses Phänomen wesentlich markanter vorhanden. Legt man die neue OECD-Skala zugrunde, so stellt sich Verwitwung als starkes Einkommensrisiko dar (Motel 2000: 179). Bei Hochaltrigen scheinen die Vorteile des gemeinsamen Wirtschaftens bzw. die Verluste durch den Wegfall der Vorteile des gemeinschaftlichen Wirtschaftens bei Verwitwung oder wegen Umzugs eines Ehegatten in ein Pflegeheim in einzelnen Einkommensgruppen höher zu sein als es die häufig verwendete BSHG-Skala suggeriert.

Der Tod des Lebenspartners ist insbesondere für die materielle Situation verheirateter westdeutscher Frauen von Relevanz, da diese häufig auf die Einkommen aus den vom Ehepartner abgeleiteten Leistungsansprüchen angewiesen sind. Es erfolgt daher durch eine Verwitwung in der Regel eine erhebliche Reduzierung des ausgabefähigen Einkommens, da eine Substitution des fehlenden Einkommens insbesondere bei Haushalten mit einer hochaltrigen Bezugsperson prinzipiell nur sehr eingeschränkt möglich ist. Somit können die Haushalte im Prinzip nur mit einer Umstrukturierung ihrer Ausgaben reagieren.

Inwieweit die Ausgaben angepasst werden, kann anhand der vorliegenden Querschnittserhebungen nicht beantwortet werden. Der Vergleich von Haushalten von Verwitweten mit anderen Haushaltstypen lässt aber den Schluss auf einige spezifische Risiken zu. Ein Problem bei der Neustrukturierung der Ausgaben nach Verwitwung besteht insbesondere bei den mit dem Wohnen verbundenen Aufwendungen. Hier besteht die Möglichkeit Kosten zu sparen in der Regel nur darin, die bisherige Wohnung aufzugeben und in ein billigere umzuziehen. Umzüge beanspruchen aber nicht nur selbst erhebliche finanzielle Mittel, sondern sind zum Teil auch mit hohen sozialen Kosten wie Kontaktverlust verbunden. Insofern hat die Versorgung Hochaltriger und insbesondere kürzlich Verwitweter mit geeignetem Wohnraum einen bedeutenden Einfluss auf deren Wohlfahrtslage. Hier geht es aber nicht allein um das abstrakte Vorhandensein von Wohnraum auf dem Wohnungsmarkt, sondern ggf. darum, Hochaltrigen durch Beratung einen Zugang zu geeigneten Wohnungen zu verschaffen und über evtl. notwendig werdende Umbau- und Anpassungsmaßnahmen eine langfristigen Verbleib in diesen Wohnungen zu ermöglichen (vgl. hierzu die Abschnitte über Wohnberatungsstellen in Kapitel 3.3 und 4.8)

Um einen Eindruck von der Ausgabenstruktur zu vermitteln, sind in der Abbildung 3-7 die Ausgabenstrukturen für Haushalte mit einer verwitweten älteren Bezugsperson angegeben.

Es liegen Anzeichen dafür vor, dass die Ausgaben für Unterkunft durch eine Verwitwung dominanter werden. Fasst man die Ausgaben für Wohnen, Wohnungsinstandhaltung und für Haushaltsenergie zusammen, so sind diese bei den Haushalten mit einer jeweils älteren Bezugsperson höher und liegen in der Alterskategorie der 85-jährigen und älteren Witwen bei annähernd 40 %.

Verwitwung stellt heute durch die Ausgestaltung und das zurzeit existierende Leistungsniveau der Hinterbliebenenversorgung nicht per se ein materielles Risiko dar, Witwen und Witwer sind unterproportional von Armut betroffen. Die vorliegenden Untersuchungen sprechen zum einen dafür, dass die existierende Hinterbliebenenversorgung die materiellen Auswirkungen der Verwitwung für große Teile der Betroffenen ausreichend abfedert. Zum anderen liegen starke geschlechtsspezifische Unterschiede bei den finanziellen Auswirkungen der Verwitwung vor. Während eine Verwitwung für Männer in der Regel nicht mit finanziell negativen Folgen einhergeht, sondern häufig nach der Verwitwung ein höheres persönliches Einkommen zur Verfügung steht als in der Ehe, ist die Situation bei Frauen anders. Hier finden sich sowohl relative finanzielle Besserstellungen nach der Verwitwung als auch negative finanzielle Auswirkungen für Witwen nebeneinander.

Die referierten Ergebnisse zeigen aber deutlich, mit welchen methodischen Unsicherheiten die Aussagen über Verwitwungsfolgen bei Hochaltrigen behaftet sind. Stellt Verwitwung für Frauen bei Berechnungen von Armutsmaßen auf Grundlage der neuen OECD-Äquivalenz-Skala auch heute noch ein hohes Armutsrisiko dar, so erscheint es bei Berechnungen mit der häufig verwendeten BSHG-Skala, als existiere kein Zusammenhang zwischen Verwitwung und Armut. Doch ist die Veränderung der Wohlfahrtslagen infolge von Verwitwung als Ergebnis veränderter Einkommens- und Ausgabenhöhe und -strukturen ein deutlich dynamischeres Geschehen als reine Untersuchungen von Einkommenslagen und Durchschnitteffekten suggerieren.

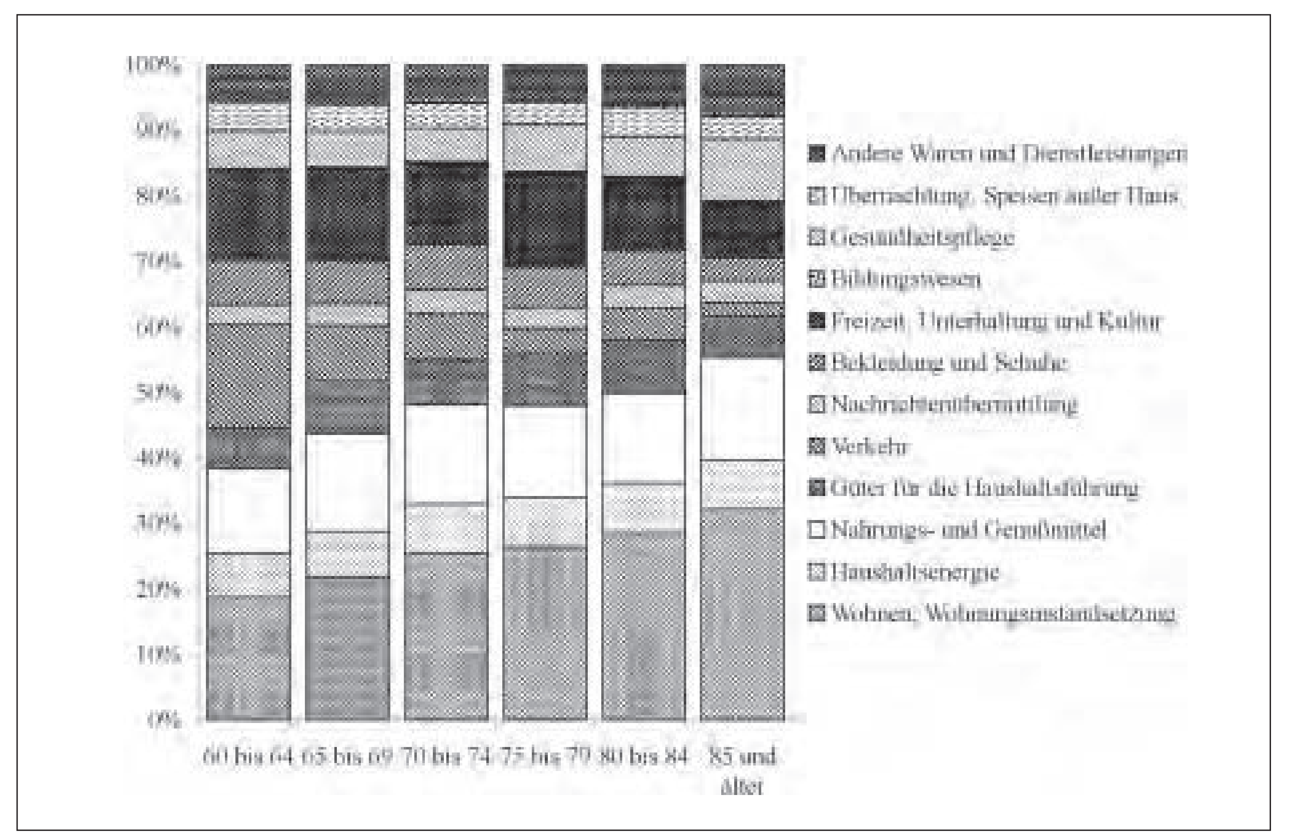
3.2.3.2 Pflegebedürftigkeit

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt nach dem Erreichen des 80. Lebensjahrs auf rund 32 %. Pflegebedürftigkeit bedeutet trotz Einführung der Pflegeversicherung auch heute noch teilweise hohe finanzielle Belastungen für Betroffene und Angehörige. Für dieses Kapitel des Altenberichts ist von besonderem Interesse, ob und wie sich die durchschnittliche finanzielle Situation von Haushalten hochaltriger Pflegebedürftiger von der durchschnittlichen Situation in Haushalten Hochaltriger unterscheidet.

Die wissenschaftliche Diskussion über die Pflegebedürftigkeit bezüglich der Einnahmen und Ausgaben von privaten Haushalten war in den letzten Jahren vor allem auf den Aspekt der Reduzierung der Sozialhilfeabhängigkeit und damit auf die Einnahmenseite der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person fokussiert. Mittlerweile liegen

Abbildung 3-7

Anteile einzelner Warengruppen an den Ausgaben der privaten Haushalte verwitweter älterer Frauen in Gesamtdeutschland im Jahr 1998 (in %)*



* Ohne fiktive Mietzahlungen bei Haushalten im eigenen Wohneigentum.
Quelle: Fachinger 2001a.

mehrere aktuelle Studien vor, die die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes untersuchen.[21] Auch der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung widmet den Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit ein eigenes Unterkapitel (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 182 ff.). Allerdings wird nur sehr eingeschränkt auf die spezifische Lage von Haushalten mit hochaltrigen Pflegebedürftigen eingegangen. Eine umfassende Analyse der materiellen Situation, d. h. der Einnahmen und Ausgaben, dieser Haushalte wurde bisher nicht vorgelegt. Im Folgenden wird, basierend auf einer Expertise von Uwe Fachinger (2001a), getrennt nach häuslicher und stationärer Pflege, auf den Forschungsstand zu diesem Thema eingegangen.

Pflegebedürftige in Privathaushalten

Einen Einblick in die Einkommensverteilung von Privathaushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern – allerdings nicht differenziert für Hochaltrige – vermittelt die Infratest-Repräsentativerhebung 1998 (Schneekloth & Müller 2000: 34 ff.). Sie zeigt, dass die Verteilung der Nettoeinkommen der Haushalte mit Pflegebedürftigen sich nicht gravierend von denen der Gesamtbevölkerung unterscheidet, wenn man berücksichtigt, dass die so genannten Pflegehaushalte im Durchschnitt eine ältere Bezugsperson haben und daher durchschnittlich über niedrigere Einkommen verfügen. Die Erhebung ergab die in Tabelle 3-12, Seite 72 aufgeführten haushaltsspezifischen Netto- sowie Nettoäquivalenzeinkommen von Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern. Dabei blieben die Leistungen der Pflegeversicherung unberücksichtigt.

Ein Anteil von 14 % der Haushalte von Pflegebedürftigen in den alten und 12 % in den neuen Bundesländern verfügt über ein Nettoäquivalenzeinkommen[22] von unter 1 000 DM (511 Euro). Schneekloth und Müller kommen

[21] Vgl. Deutscher Bundestag 2001; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001c, 2001d; Rothgang & Vogler 1998; Rothgang 2001 sowie Schneekloth & Müller 2000.

[22] In der Analyse von Schneekloth und Müller wurden die folgenden Gewichte verwendet (Schneekloth & Müller 2000: 37): 1,00 für einen Einpersonenhaushalt, 1,69 für einen Zweipersonenhaushalt, 2,30 für einen Dreipersonenhaushalt, 2,86 für einen Vierpersonenhaushalt und 3,67 für einen Haushalt mit fünf oder mehr Personen.

Tabelle 3-12

Schichtung des haushaltsspezifischen Netto- und Nettoäquivalenzeinkommens bei Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern (ohne die Leistungen der Pflegeversicherung)

Einkommensklasse in DM *(Euro)*	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Einkommen	Äquivalenzeinkommen	Einkommen	Äquivalenzeinkommen
	Anteil der Haushalte in der jeweiligen Einkommensklasse (in %)			
Unter 1 000 *(unter 511)*	*4*	*14*	*1*	*12*
1 000 bis unter 1 500 *(511 bis unter 767)*	*7*	*25*	*10*	*31*
1 500 bis unter 2 000 *(767 bis unter 1 023)*	*9*	*30*	*9*	*33*
2 000 bis unter 3 000 *(1 023 bis unter 1 534)*	*22*	*17*	*25*	*20*
3 000 bis unter 5 000 *(1 534 bis unter 2 556)*	*40*	*5*	*45*	*1*
5 000 und mehr *(2 566 und mehr)*	*13*	*1*	*6*	*0*
Keine Angabe	*6*	*8*	*3*	*3*

Quelle: Fachinger 2001a nach Daten von Schneekloth & Müller 2000: 36 f. sowie Berechnungen.

zu dem Ergebnis, dass die Anteile von Pflegehaushalten mit Niedrigeinkommen nur geringfügig höher als im Gesamtdurchschnitt ausfallen. Sie weisen aber darauf hin, dass „weitere 25 % der Pflegehaushalte in den alten sowie 31 % in den neuen Ländern über ein Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 1 000 DM und 1 500 DM (zwischen 511 Euro und 767 Euro) verfügen“ (Schneekloth & Müller 2000: 38). Dadurch werden die potenziellen finanziellen Risiken, die sich bei Eintritt bzw. durch eine länger andauernde Pflegebedürftigkeit ergeben, deutlich.

Stellt man diese Einkommensangaben denen von Fachinger (2001a) auf der Basis der EVS’98 gewonnenen gegenüber, zeigen sich deutliche Unterschiede, die auf eine schlechtere finanzielle Situation der Haushalte von Pflegebedürftigen hindeuten. Für Westdeutschland ergibt sich gemäß EVS’98, dass insgesamt 5 % der Haushalte mit einer 85 Jahre oder älteren und 3 % derjenigen mit einer 65- bis 74-jährigen Bezugsperson ein äquivalenzgewichtetes Einkommen unter 1 000 DM (511 Euro) aufweisen, im Gegensatz zu 14 % unter den Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern in der Infratest-Erhebung. Beträchtliche Abweichungen gibt es auch für den Bereich der Einkommen zwischen 1 000 DM und 2 000 DM (zwischen 511 Euro und 1 023 Euro). Hier betragen die Anteile für die beiden Altersgruppen 39 % bzw. 36 % gegenüber 55 %. Für Ostdeutschland betragen die Anteile für die unterste Einkommensklasse 25 % bei den Haushalten mit einer 85-jährigen oder älteren Bezugsperson bzw. 1 % für die jüngere Gruppe im Gegensatz zu 12 % der Infratest-Repräsentativerhebung 1998, und für die Einkommen zwischen 1 000 DM und 2 000 DM (zwischen 511 Euro und 1 023 Euro) liegen die Werte bei 44 % respektive 47 % im Vergleich zu 64 %. Insgesamt gesehen weist somit die Infratest-Erhebung in den unteren Einkommensklassen eine erheblich höhere Besetzung auf.

Von diesem Einkommen – zuzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung – müssen die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehenden Ausgaben bestritten werden. Da es sich hierbei um – im Vergleich zu den privaten Haushalten ohne pflegebedürftige Mitglieder – zusätzliche Ausgaben handelt, reduziert sich zwangsläufig die Höhe des frei disponiblen Einkommens.

Neben den Informationen zur Einkommensverteilung enthält der von Schneekloth und Müller (2000: 79) vorgelegte Bericht auch Angaben zu den Kosten, die die Haushalte insgesamt im Rahmen der Pflege, Betreuung und Versorgung regelmäßig zahlen.

Um einen Eindruck zu vermitteln bezüglich der strukturellen Unterschiede in den Ausgaben privater Haushalte zwischen denjenigen, die Leistungsempfänger der GPV sind, in denen somit mindestens ein Haushaltsmitglied pflegebedürftig nach Stufe 1, 2 oder 3 ist, und denjenigen, die nicht über diese Einkunftsart verfügen, sind in der Tabelle 3-13 die Ausgabenstrukturen dieser beiden Haushaltstypen einander gegenübergestellt.

Zunächst ist zu konstatieren, dass die Ausgaben für den privaten Verbrauch der Pflegegeld beziehenden Haushalte um 202 DM (103 Euro) höher sind. Dabei beträgt die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes 637 DM (326 Euro), d. h. dass das Gesamtausgabenniveau und die Ausgabenstruktur von diesen Leistungen relativ stark beeinflusst wird. So belaufen sich die Ausgaben für den Güterbereich „Andere Waren und Dienstleistungen“, in dem auch die Ausgaben für Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen enthalten sind, auf 307 DM (157 Euro) monatlich gegenüber 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.

Betrachtet man die Struktur der Ausgaben, so zeigt sich eine Dreiteilung: Für die Kategorie „Andere Waren und

Tabelle 3-13

Struktur der Ausgaben für den privaten Verbrauch von Haushalten, die Pflegegeld beziehen, und von denjenigen, die kein Pflegegeld beziehen, Westdeutschland 1998

Ausgabengruppen	Haushalte mit Pflegegeld	Haushalte ohne Pflegegeld
	in % der Ausgaben für den privaten Verbrauch	
Nahrungs- und Genussmittel	*17,3*	*15,3*
Bekleidung und Schuhe	*5,3*	*6,1*
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	*17,6*	*17,8*
Haushaltsenergie	*6,6*	*6,1*
Güter für die Haushaltsführung	*10,0*	*8,1*
Gesundheitspflege	*6,7*	*6,6*
Verkehr	*8,7*	*12,2*
Nachrichtenübermittlung	*2,6*	*2,8*
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	*11,0*	*13,8*
Bildungswesen	*0,2*	*0,2*
Übernachtung, Speisen außer Haus	*4,6*	*5,8*
Andere Waren und Dienstleistungen	*9,3*	*5,2*
Privater Verbrauch insgesamt (= 100%)	3.285 DM *(1.680 €)*	3.083 DM *(1.576 €)*

Quelle: Fachinger 2001a auf der Basis der Grunddaten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

Dienstleistungen“ wenden die Haushalte, die ein Pflegegeld beziehen, anteilsmäßig um 4,1 Prozentpunkte mehr Einkommen auf. Ein Grund dafür ist wohl, dass in dieser Gütergruppe die Ausgaben der Unterkategorie Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen mit enthalten sind. Die Anteilswerte für Ausgaben, die auf Güter für die Haushaltsführung entfallen, sind um 1,9 Prozentpunkte und die für Nahrungs- und Genussmittel um 2,0 Prozentpunkte höher – aber dies mag eine Substitution für die Kategorie Übernachtung, Speisen außer Haus sein, da hier der Anteilswert um 1,2 Prozentpunkte niedriger ausfällt. Anteilsmäßig geringer sind ebenfalls die Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur – um 2,8 Prozentpunkte – und für die Ausgaben für die Güter der Gruppe Verkehr um 3,5 Punkte. Bemerkenswert ist ferner, dass die Ausgaben für Gesundheitspflege und für Wohnen bei beiden Haushaltsgruppen anteilsmäßig annähernd gleich hoch sind.

Die Einnahmen und pflegebedingten Ausgaben einander gegenüberstellend kommen Schneekloth und Müller (2000: 80) zu dem Schluss: „Die Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen in Privathaushalten ist demnach bei der überwiegenden Mehrheit mit Zusatzkosten verbunden, die von den Privathaushalten selbstständig erbracht werden. Insgesamt hat sich die Kostenbelastung mit der Einführung der Pflegeversicherung jedoch soweit reduziert, dass eine daraus resultierende Sozialhilfeabhängigkeit in aller Regel vermieden wird.“

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen hat sich nach Einführung der Pflegeversicherung zunächst tatsächlich deutlich reduziert. Sie ging von ca. 189 000 im Jahr 1994 auf ca. 57 000 im Jahr 1999 zurück. Dies entspricht einem Rückgang von ca. 70 %. Unter den 57 000 Sozialhilfeempfängern waren etwa 12 000 80-Jährige und Ältere. Nur etwa 4 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten beziehen ergänzend die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“.

Die vorliegenden Erhebungen zeigen aber grundsätzlich, dass die Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen eine erhebliche zeitliche und monetäre Eigenleistung der anderen Haushaltsmitglieder mit sich bringen.

Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege

Bezüglich der Informationen zu der Verteilung der Einkommen von stationär untergebrachten Pflegebedürftigen und den entsprechenden Heimentgelten ist vorweg zu schicken, dass Mikrodaten von Heimbewohnern für eine tiefer gehende Analyse nicht zur Verfügung standen.

In der Studie von Schneekloth und Müller (2000) werden lediglich Informationen über die Einkommen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten dargestellt; es fehlen entsprechende derartige Informationen für die Pflegebedürftigen in Heimen.

Es lassen sich aber Angaben zur Entwicklung des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen in Einrichtungen machen. Zum Jahresende 1994 lag die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen noch bei ca. 268 000. 1998 hatte sie sich um mehr

als 40 % auf ca. 160 000 verringert (Rothgang 2001: 115). Von 1998 auf 1999 konnte aber bereits wieder ein Anstieg beim Sozialhilfebezug der Pflegebedürftigen in Einrichtungen festgestellt werden und die Zahl stieg auf ca. 191 000, worunter sich ca. 95 000 80-Jährige und Ältere befanden.

Die Verminderung der Fallzahlen fiel allerdings in den Bundesländern sehr unterschiedlich aus und die Spanne des Rückgangs zwischen den Jahren 1994 bis 1998 liegt zwischen 7 % und 73 % (Rothgang 2001: 114).

Insgesamt sind an der Finanzierung der Leistungen für die stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen fünf Kostenträger beteiligt: die Pflegekassen, die Pflegebedürftigen, die Bundesländer, die zuständigen Sozialhilfeträger sowie die Krankenkassen. Die bei stationärer Unterbringung entstehenden Kosten sowie deren Träger sind in der Übersicht 3-2 angegeben.

Für den Pflegebedürftigen sind, wie Übersicht 3-2 verdeutlicht, die Kosten für pflegebedingte Leistungen, für Investitionen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Zusatzleistungen relevant. Während die Leistungshöhen der Pflegekassen bundeseinheitlich sind, treten bei der Übernahme der Investitionskosten Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf. Grundsätzlich erfolgt eine Objektförderung, die allerdings in einigen Bundesländern ergänzt wird durch eine subjektbezogene Förderung[23]. Diese unterschiedliche Ausgestaltung macht es im Prinzip erforderlich, die materielle Situation im Bereich der stationären Pflege bundeslandspezifisch zu analysieren. Umfassend ist dies für die Bundesrepublik Deutschland bisher nicht erfolgt[24]. Es liegen lediglich für die Bundesländer Bremen und Nordrhein-Westfalen detaillierte Analysen zu den Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger vor.

[23] Siehe für einen Überblick Deutscher Bundestag (2001: Anlage 10).

[24] Die Analyse von Schneekloth und Müller (2000) gibt allerdings einen Überblick über die Situation im Jahre 1998.

Rothgang (2001: 117) führt den unterschiedlichen Rückgang der Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen u. a. auf die unterschiedlichen Pflegewohngeldregelungen bzw. Regelungen der Deckung der Investitionskosten in den einzelnen Bundesländern zurück. Es gibt darüber hinaus aber auch erhebliche Defizite bei der Deckung der Pflegekosten. „Bei rund drei Viertel der Pflegebedürftigen in Einrichtungen, die weiterhin Sozialhilfe beziehen, sind die Leistungen geringer als die in Rechnung gestellten Pflegeaufwendungen, wobei sowohl die Anteile als auch die Fehlbeträge ansteigen“ (Rothgang 2001: 119).

Aufseiten der Pflegebedürftigen kann eine Sozialhilfeabhängigkeit prinzipiell dadurch verursacht werden, dass der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, die pflegebedingten Leistungen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder die Investitionskosten in voller Höhe aus den Leistungen der Pflegekassen in Verbindung mit dem eigenen Einkommen zu tragen.

Ob Pflegebedürftige auch in Zukunft zum größeren Teil ohne Sozialhilfeleistungen auskommen werden oder der Anteil der Hilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen wieder ansteigen wird, hängt entscheidend davon ab, wie sich die Alterseinkommen, die Heimentgelte und die bislang nicht dynamisierten Leistungen der Pflegeversicherung entwickeln werden. Rothgang prognostiziert in einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“, dass sich bei einer Nicht-Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung „die Schere zwischen den eigenen Einkommen zuzüglich der Pflegekassenleistungen auf der einen und den Heimentgelten auf der anderen Seite weiter öffnet“ (Rothgang 2001: 122).

In Prognoseszenarien, die die Auswirkungen unterschiedlicher Dynamisierungsmechanismen untersuchen, wird deutlich, dass es bei einer am Inflationsindex orientierten Dynamisierung der Pflegeversicherung zu einem starken Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen kommen würde. Bis zum Jahr 2040 könnte der Anteil der Sozialhilfeempfänger wieder auf etwa 66 % steigen „und die gesamte durch Einführung der Pflegeversicherung erzielte Reduktion der pflegebeding-

Übersicht 3-2

Finanzierung der Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Kostenblock	Kostenträger
Pflegebedingte Leistungen	Pflegekassen bis zur vorgesehenen Leistungshöhe und Pflegebedürftige bzw. Sozialhilfeträger für darüber hinausgehende Kosten
Investitionskosten	Bundesländer und Pflegebedürftige, falls keine oder keine ausreichende Investitionsförderung durch die Länder existiert
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	Pflegebedürftige
Zusatzleistungen	Pflegebedürftige
Krankenkassenleistungen	Krankenkassen

Quelle: Rothgang 1997: 151.

ten Sozialhilfeabhängigkeit wäre durch die unzureichende Leistungsdynamisierung wieder verloren gegangen“ (Rothgang 2001: 134).

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Pflegeversicherung existieren konfligierende politische Ziele. Das Primat der Beitragssatzstabilität widerspricht langfristig den Zielen einer qualitativ guten pflegerischen Versorgung beziehungsweise dem ursprünglichen Anspruch der Pflegeversicherung, den Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen deutlich zu senken. „Wird darauf verzichtet, die Leistungen der Pflegeversicherung an die Preisentwicklung für Pflegeleistungen anzulehnen, ist langfristig mit einem deutlichen Wiederanstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnern zu rechnen“ (Rothgang 2001: 155).

Finanzielle Auswirkungen der Demenz

Die steigende Anzahl Demenzkranker bedeutet für das deutsche Gesundheitswesen nicht nur eine Herausforderung im Hinblick auf die Qualität der Behandlung und Versorgung, sondern auch für die Finanzierung. Die gesundheitsökonomischen Implikationen des zu erwartenden Anstiegs der Anzahl der Demenzkranken werden inzwischen in der Gesundheitspolitik diskutiert und werden auch in den Kapiteln 4 und 6 dieses Altenberichts angesprochen. Die Frage, welche materiellen Belastungen eine Demenzerkrankung für Betroffene und Angehörige bedeutet, ist weit weniger im Blick von Politik und Öffentlichkeit. In einer Untersuchung von Hallauer et al. (2000) wurde versucht, die aus der Erkrankung resultierenden Kosten für Demenzkranke und Angehörige zu quantifizieren und ins Verhältnis zu den Kosten von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu stellen. Dafür wurden retrospektiv unterschiedliche, an der Versorgung Demenzkranker beteiligte, Institutionen, Hausärztinnen und Hausärzte und Familien befragt. Die Pflegeleistung der Familien wurde fiktiv mit einem Stundenlohn bewertet (ohne einen möglichen höheren Verdienstausfall zu berücksichtigen), der sich am Durchschnittslohn orientiert.

Die Untersuchung bestätigt zunächst den hohen zeitlichen Einsatz, den Familien von Demenzkranken für die Pflege aufbringen (vgl. auch Kapitel 4.2. und 4.7), der bei der Pflege und Betreuung von schwer Demenzkranken (MMSE < 10) im Durchschnitt 14 Stunden erreicht aber auch bereits im frühen Krankheitsstadium (MMSE 15 bis 20) annähernd drei Stunden pro Tag beträgt. Bewertet man diese Leistungen mit einem Geldbetrag und setzt sie zu den Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung ins Verhältnis, so zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Gesamtaufwendungen von den Familien getragen wird. Hallauer et al. (2000) geben deren Anteil im frühen Stadium der Demenz mit etwa 50 % und im Spätstadium mit etwa 75 % an. Die von den Autoren ermittelten absoluten DM-Beträge für die Pflege- und Betreuungsleistungen der Familien liegen bei ca. 2 100 DM (1 074 Euro) pro Monat bei Demenzkranken mit einem MMSE-Wert von 15 bis 20, bei ca. 7 600 DM (3 886 Euro) pro Monat bei Demenzkranken mit einem MMSE von zehn bis 14 und bei ca. 11 400 DM (5 829 Euro) pro Monat bei Demenzkranken im Spätstadium mit einem MMSE-Wert von unter 10.

Auch der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bestätigt, dass für Menschen mit niedrigem Einkommen die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit, bei einer Versorgung im Heim, beträchtlich sind. Die Pflegeversicherung unterstützt aber mit ihren Leistungen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Erbringung persönlicher und finanzieller Leistungen. „Aus Sicht der Betroffenen hat die Einführung der Pflegeversicherung zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebenssituation sowie zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Angehörigen geführt“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 188).

Die Altenberichtskommission schließt sich dieser Einschätzung an, möchte aber auf die steigenden finanziellen Risiken für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen hinweisen, die aus der fehlenden Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entstehen. Bei der jetzigen Regelung, die keine dynamische Anpassung der Leistungshöhe vorsieht, wird es in Zukunft aufgrund der steigenden Preise für Pflegeleistungen zu stärkeren Belastungen für die Pflegebedürftigen und eine wieder häufiger werdende Notwendigkeit der Unterstützung durch Sozialhilfeleistungen kommen. Pflegebedürftigkeit würde damit wieder zu einem bedeutenden Armutsrisiko.

Hinsichtlich des aktuellen Einflusses einer Pflegebedürftigkeit auf die finanziellen Ressourcen der Haushalte mit pflegebedürftigen Mitgliedern ist festzuhalten, dass dieser sowohl auf die Einnahmen- als auch auf die Ausgabenseite der betroffenen Haushalte beträchtlich ist. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, als insbesondere Haushalte mit einer hochaltrigen Bezugsperson überproportional stark vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit betroffen werden, die im Vergleich zum Durchschnitt aller Haushalte älterer Menschen eine relativ niedrige Einkommensposition innehaben. Bezogen auf die finanziellen Ressourcen der Pflegebedürftigen allgemein lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Analysen festhalten, dass mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung das Ausmaß der Sozialhilfeabhängigkeit dieses Personenkreises insbesondere im ambulanten Bereich mit den dort vorliegenden – im Vergleich zu denen einer stationären Unterbringung – niedrigeren Kosten von Pflegeleistungen reduziert werden konnte. Die maßgebliche Veränderung nach Einführung der Pflegeversicherung ist somit die Verbesserung der materiellen Situation dieser Haushalte.

3.2.4 Materielle Lage und Lebensqualität Hochaltriger

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die materielle Lage im hohen Alter auf das subjektive Wohlbefinden bzw. die individuelle Wahrnehmung von Lebensqualität nimmt. Zunächst werden empirische Befunde zur Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und dem Leben allgemein vorgestellt und in einen Alterszusammenhang gebracht. Im zweiten Teil geht es dann um den Zusammenhang von ökonomischer Lage

und Wohlbefinden, der zunächst allgemein und dann bezogen auf hochaltrige Menschen ausgeführt wird. Zentrale Fragestellungen sind hier: Welchen Stellenwert hat die materielle Ausstattung im Geflecht der unterschiedlichen Faktoren zur Bestimmung von Lebensqualität? Kann man altersspezifische Unterschiede bei der subjektiven Bewertung von Einkommen und Lebensstandard beobachten bzw. welche Besonderheiten treten diesbezüglich bei Hochaltrigen auf? Ändern sich Bewertungsmaßstäbe in Abhängigkeit vom Alter oder von den objektiven Lebensbedingungen? Im dritten Teil werden schließlich mögliche Ansätze zur Erklärung der These diskutiert, dass sich mit zunehmendem Alter der Zusammenhang von Einkommenslage und Lebenszufriedenheit abschwächt.

3.2.4.1 Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Alter

Empirische Studien bestätigen das durchschnittlich hohe Niveau, das im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit und den Lebensstandard in Deutschland erreicht worden ist. Ein deutlich niedrigeres unterdurchschnittliches subjektives Wohlbefinden äußern in erster Linie mehrfach belastete Problemgruppen.

Die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation – insbesondere mit dem Lebensstandard – stellt einen statistisch stabilen und bedeutungsvollen Einflussfaktor für das subjektive Wohlbefinden dar, der bei der Frage nach der Lebensqualität eine wichtige Rolle spielt. Tabelle 3-14 gibt Auskunft zur Zufriedenheit alter Menschen mit verschiedenen Lebensbereichen und dem Leben allgemein. Deutlich wird auch hier – wie in anderen Studien –, dass die Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Querschnittsvergleich der Altersgruppen mit dem Alter ansteigt (George 1992: 73).

Bei der differenzierteren Betrachtung der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen treten auch Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland v. a. bei den materiellen Lebensbereichen zutage; so sind die Ostdeutschen im Schnitt weniger zufrieden mit dem Haushaltseinkommen, dem Lebensstandard und den allgemeinen Lebensbedingungen. Im Zuge der Wiedervereinigung haben sich jedoch für die älteren und insbesondere für die sehr alten Menschen in Ostdeutschland die stärksten Verbesserungen ergeben. Dies kann man sowohl am Anstieg des Einkommens als auch der Einkommenszufriedenheit dieser Altersgruppen ablesen, die im Vergleich von 1993 und 1998 stark zugenommen hat (vgl. Tabelle 3-14).

Es ist bekannt, dass die Mehrheit alter Menschen trotz teilweiser Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichtet. Es stellt sich nun die Frage, wie sich das Wohlbefinden mit dem sehr hohen Alter verändert, das noch viel stärker mit einem negativen Stereotyp belastet ist und die Menschen z. T. mit erheblichen Funktionseinbußen und Verlusten konfrontiert.

Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger liefern ein insgesamt positives Bild, auch wenn es beträchtliche individuelle Unterschiede gibt. Die Mehrheit der Teilnehmenden (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei in

Tabelle 3-14

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen

Altersgruppen	Zufriedenheit mit ...								
	dem Leben allgemein			Einkommen		Lebensstandard		Wohnung	
	1988/90	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
	Mittelwerte[1]								
	Westdeutschland								
18 bis 34 Jahre	7,9	8,0	7,7	6,9	6,7	7,5	7,1	7,7	7,8
35 bis 59 Jahre	7,9	7,9	7,7	7,2	7,0	7,5	7,3	8,3	8,2
60 Jahre und älter	7,9	7,8	7,8	7,1	7,4	7,4	7,7	8,6	8,8
70 Jahre und älter	–	7,9	7,7	7,2	7,6	7,4	8,0	8,6	8,9
	Ostdeutschland								
18 bis 34 Jahre	6,8	7,1	7,3	5,4	7,1	6,3	6,5	6,3	7,1
35 bis 59 Jahre	6,4	6,7	7,1	5,7	7,5	6,2	6,4	7,0	7,5
60 Jahre und älter	6,7	6,9	7,6	6,2	8,1	6,5	7,4	7,5	8,1
70 Jahre und älter	–	6,6	7,6	6,4	7,4	6,4	7,5	7,1	8,2

[1] Mittelwerte einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).
Quelle: Statistisches Bundesamt 2000b und Noll & Schöb 2001.

die Zukunft zu blicken (Smith, J. et al. 1996: 518). Einzelne Aspekte zeigen jedoch im fortgeschrittenen Alter auch negative Veränderungen, wie z. B. das allgemeine subjektive Wohlbefinden, die erwartete zukünftige Lebenszufriedenheit sowie insbesondere die positive emotionale Befindlichkeit. Keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen konnten bezüglich der Lebenszufriedenheit und des allgemeinen Wohlbefindens festgestellt werden. Mit anderen Worten: Das hohe Alter bedeutet offenbar nur ein geringes Risiko in Bezug auf allgemeines Wohlbefinden, wohl aber geht es mit dem selteneren Erleben positiver Gefühle einher (Smith, J. et al. 1996: 510 bis 512).

Die Autoren der Berliner Altersstudie weisen aber zugleich auf die Grenzen hin, die ein höheres Risiko der Gebrechlichkeit, des Funktionsverlustes und der schlechten Gesundheit im sehr hohen Alter (ab 85 Jahre) der Lebenszufriedenheit zu setzen vermag.

3.2.4.2 Der Zusammenhang zwischen ökonomischer Lage und Wohlbefinden

Die Verbindung von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden ist aus zahlreichen Untersuchungen bekannt und bildet eine Grundannahme der Zufriedenheits- und Wohlfahrtsforschung. Gute Lebensbedingungen führen – zumindest tendenziell – zu höherem subjektivem Wohlbefinden (Delhey & Böhnke 1999: 16). Einkommen gilt jedoch, wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein sollte, nur als ein – wenn auch ein bestimmender – Indikator von Lebensqualität, da ein hoher Lebensstandard nicht automatisch mit hoher Lebenszufriedenheit einher geht bzw. schlechte materielle Ausstattung bei den Betroffenen nicht immer zu Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen führt. Die Erklärung dieser Tatsache, dass Menschen – und dies trifft auf Hochaltrige in noch stärkerem Maße zu –, die unter objektiv schlechten Bedingungen leben, häufig trotzdem eine hohe Lebenszufriedenheit äußern, hat zur These der „inkonsistenten Wohlfahrtsdimensionen“ geführt (Habich 1996: 170; Diener & Suh 1997).

Nach den Ergebnissen einer aktuellen repräsentativen Umfrage unter älteren Menschen in den neuen Bundesländern entscheidet vor allem die Gewissheit oder Ungewissheit eines regelmäßigen Einkommens und die damit verbundene Möglichkeit, die Bedürfnisse befriedigen zu können, wesentlich über die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit eines jeden. Das Einkommen gewährleistet oder begrenzt maßgeblich die Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und soziale Partizipation der Menschen (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. 2000).

3.2.4.2.1 Ökonomische Lage und Wohlbefinden bei Hochaltrigen

Die in empirischen Beiträgen vorfindbaren altersspezifischen Darstellungen zum Zusammenhang von materieller Lage und subjektivem Wohlbefinden weisen in der Regel keine differenzierten Alterskategorien innerhalb der Gruppe alter Menschen auf. Eine Ausnahme bezogen auf die deutsche Situation bildet die Berliner Altersstudie, die allerdings regional auf Berlin beschränkt ist. Daher wurden für diesen Bericht Sonderauswertungen des Wohlfahrtssurveys für die Alterskategorie der über 70-Jährigen durchgeführt (siehe Noll & Schöb 2001). Diese Analysen bestätigen eindeutig, dass die über 70-Jährigen ein hohes Wohlstandsniveau aufweisen, das sich gleichzeitig in einer ausgeprägten Zufriedenheit mit dem Lebensstandard niederschlägt (Noll & Schöb 2001: 49).

Ob der erworbene Lebensstandard, einschließlich der Wohnsituation und der Freizeitgestaltung, auch im Alter aufrechterhalten werden kann oder es zu materiellen Einschränkungen kommt, ist vor allem abhängig von der Höhe des Alterseinkommens sowie eventuell vorhandener Vermögensbestände. Auch wenn in einer Meta-Analyse festgestellt wurde, dass der positive Zusammenhang von Einkommen und subjektivem Wohlbefinden bei jüngeren Menschen stärker ausgeprägt ist als bei alten (George 1992: 77), wird auch im Alter das Denken und Handeln in hohem Maße von der Einkommenssicherheit und den individuellen Möglichkeiten der Befriedigung der Bedürfnisse bestimmt.

Die Einkommenszufriedenheit steigt, wie aus zahlreichen Untersuchungen deutlich wird, bei älteren Altersgruppen an, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Einkommen (vgl. z. B. Glatzer & Zapf 1984; Diener & Suh 1997). Befunde des Alters-Surveys verweisen beispielsweise darauf, dass die über 70-Jährigen ihren Lebensstandard häufiger als andere mit „gut“ oder „sehr gut“ bewerten (Motel-Klingebiel 2000: 239). Hinter dieser Feststellung verbirgt sich jedoch die Gefahr, dass die tatsächlichen, objektiven finanziellen Bedarfe alter Menschen aufgrund ihrer hohen, teilweise sogar „unrealistischen“ (George 1992: 75) Zufriedenheit mit ihrer materiellen Lage unterschätzt werden.

Allgemein nimmt mit zunehmendem Alter, insbesondere nach Eintritt in den Ruhestand, die Unstetigkeit des Einkommenspfades und damit auch das Einkommensrisiko, ab. Dies schlägt sich wiederum in den Einschätzungen Hochaltriger hinsichtlich ihrer Einkommensstabilität nieder. In der Berliner Altersstudie gaben 70-Jährige und Ältere im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen seltener an, dass sie sich um ihre gegenwärtigen und zukünftigen materiellen Ressourcen sorgen (Smith, J. et al. 1996: 515). Eine Tendenz zur Konstanzerwartung bei alten Menschen war auch im Alters-Survey nicht zu übersehen: Personen im Ruhestand aus den alten wie den neuen Bundesländern erwarten offensichtlich bezüglich der Entwicklung ihres Lebensstandards überwiegend Konstanz, da sie ihre Alterseinkommen als sicher ansehen. „Zugleich sehen sie kaum Möglichkeiten, ihren Lebensstandard noch nennenswert zu verbessern“ (Motel-Klingebiel 2000: 242).

Im Alter haben Menschen zunehmend weniger Möglichkeiten, aktiv auf ihr Alterseinkommen einzuwirken und müssen mit ihren bis dahin erworbenen Ressourcen auskommen bzw. sich auf Altersvorsorgeprogramme (wie Renten) oder ähnliche Maßnahmen verlassen. „Diese heikle Beziehung zwischen Ressourcen und Unabhängigkeit scheint im Alter eine besonders schwierige Rolle zu

spielen, in einer Lebensphase, in der Menschen mit der sehr realistischen Möglichkeit des körperlichen und geistigen Verfalls konfrontiert werden“ (Smith, J. et al. 1996: 503). Die Hauptsorge alter Menschen in Bezug auf ihre finanzielle Sicherheit speist sich daher vor allem aus der Angst, dass die Ressourcen nicht den im Alter steigenden finanziellen Bedarfen, z. B. durch Krankheit oder Verwitwung, genügen.

Die in der Berliner Altersstudie erhobenen Daten zur Vorhersage des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens konnten als wichtigstes Ergebnis festhalten, dass die subjektiven Bewertungen bestimmter Bereiche – wie eben auch die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen finanziellen Situation – stärkere Prädiktoren für Wohlbefinden sind als die objektiven Messwerte in den einzelnen Bereichen (Smith, J. et al. 1996: 512). Mit anderen Worten: Allgemeines subjektives Wohlbefinden ist also vor allem durch subjektive Bewertungen einzelner Lebens- und Funktionsbereiche (wie dem Einkommen) zusammengesetzt. Dies zeigt sich auch daran, wie unterschiedlich die Mechanismen sind, mit denen Menschen verschiedener Altersgruppen ihre finanzielle Lage beurteilen. Während die Einkommenszufriedenheit bei Jüngeren die Diskrepanz zwischen den Einkommenszielen und -möglichkeiten widerspiegelt, ist sie bei Älteren eher das Ergebnis von individuellen Beurteilungsprozessen. Hier geht es vor allem darum, ob sich die alten Menschen benachteiligt fühlen, entweder in Bezug auf andere Altersgruppen oder in Bezug auf ihre vorherige Lebenssituation, und ob sie ihre Einkommenssituation als gerecht im Vergleich zu der in ihrem Leben geleisteten Arbeit empfinden (George 1992: 88).

Signifikante Altersunterschiede zwischen alten und sehr alten Menschen konnten im Hinblick auf den Einfluss des „objektiven“ finanziellen Status in der Berliner Altersstudie kaum festgestellt werden. Dies ist vor allem deshalb interessant, weil die finanzielle Situation als einer der primären Vorhersagefaktoren für das subjektive Wohlbefinden gilt und die geringen altersabhängigen Tendenzen auch mit jenen für das Wohlbefinden übereinstimmen (Smith, J. et al. 1996: 517). Der Grund hierfür wird zum einen in den insgesamt sehr ähnlichen objektiven Lebensbedingungen für alte und sehr alte Menschen gesehen. Zum anderen findet man hier die These bestätigt, dass sich objektive Lebensbedingungen hauptsächlich indirekt auf das subjektive Wohlbefinden auswirken.

3.2.4.2.2 Indirekte Einflüsse der ökonomischen Lage auf das Wohlbefinden

Noch deutlicher als der direkte Einfluss, den Einkommen auf das Wohlbefinden ausübt, hat die finanzielle Lage auch indirekte Auswirkungen auf die subjektiv empfundene Lebensqualität.

Das Gefühl der Einkommenssicherheit steuert bei alten Menschen erheblich zu ihrem positiven subjektiven Wohlbefinden bei, wie weiter oben besprochen. Auch die Art der Einkommensquelle übt einen Einfluss auf das Wohlbefinden aus. Dies wird am Beispiel des Sozialhilfeanspruchs deutlich: Allein die Tatsache, dass es eine „verschämte Armut“ gibt und alte Menschen mit Niedrigeinkommen nicht selten auf den Bezug von Sozialhilfe verzichten (vgl. Tabelle 3-14), ist ein Indikator dafür, dass die Abhängigkeit von Sozialhilfe das subjektive Wohlbefinden einschränkt. Gerade bei alten Menschen hängt das subjektive Wohlbefinden erheblich vom Gefühl der finanziellen Unabhängigkeit ab.

Eine wesentliche Rolle spielt für alte Menschen dabei auch die – zumindest im subjektiven Verständnis empfundene – Legitimität des eigenen Rentenanspruchs aufgrund der vorher erbrachten Leistungen. Wird diese Legitimität ihres Alterseinkommens infrage gestellt, beeinträchtigt dies auch die Einkommenszufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden.

Neben der finanziellen Kontrolle kommt im hohen Alter der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung und der erfolgreichen Bewältigung des Alltags eine besondere Bedeutung zu, die ebenfalls in engem Zusammenhang mit den finanziellen Ressourcen alter Menschen steht. Hier bilden Wohnung und Wohnumfeld eine wesentliche Grundlage für Unabhängigkeit, Lebenszufriedenheit und schließlich Lebensqualität im Alter. Der Einfluss der materiellen Lage auf die Wohnzufriedenheit wird v. a. bei einkommensschwachen Haushalten alter Menschen offensichtlich, wo es häufig zu einer Kumulation von Versorgungsproblemen z. B. im Hinblick auf den vorhandenen Wohnraum (Größe und Lage), die Ausstattung sowie die Realisierung von Wohneigentum kommt. So kann u. a. mit den entsprechenden technischen Hilfsmitteln die Bewältigung des Alltags sowie grundlegender Alltagsaktivitäten wesentlich erleichtert werden und zur Aufrechterhaltung von Autonomie im Leben hochaltriger Menschen führen. Auch die Möglichkeiten von Hilfe und Pflege durch andere Personen sind oft an die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und die Ausstattung der Wohnung (z. B. sanitäre Anlagen) gebunden. Für einen Teil der Pflegehilfsmittel übernimmt zwar die Pflegeversicherung die Kosten. Besteht jedoch darüber hinaus die Möglichkeit, weitergehende private Investitionen in hochwertige Gebrauchsgüter oder bauliche Veränderungen zu tätigen, kann dies den Grad der Selbstständigkeit für alte Menschen wesentlich erhöhen.

Auch die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke und damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen ist zum Teil abhängig von den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Sparen alte Menschen mit unzureichender materieller Ausstattung zudem an Ausgaben für die persönliche Mobilität (Bus-, Bahn-, Taxifahrten) oder dem Telefonieren, geht dies ebenfalls auf Kosten der Lebensqualität. Die Beteiligung an verschiedenen sozialen und Freizeitaktivitäten (z. B. Vereine, Sport, Reisen und kulturelle Veranstaltungen) dient als wichtige Quelle positiver Lebenserfahrungen, die im Alter die unvermeidlichen negativen Erfahrungen, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen und persönliche Verluste, ausgleichen und den Grad an gesellschaftlicher Teilnahme erhöhen können (Smith, J. et al. 1996: 503). Ist das Freizeitverhalten alter Menschen jedoch durch geringe finanzielle Ressourcen eingeschränkt, ist ein indirekter negativer Effekt auf das subjektive Wohlbefinden wahrscheinlich.

3.2.4.3 Mögliche Erklärungsbestandteile für den im höheren Alter vergleichsweise geringeren Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und ökonomischer Lage

Wiederholt konnte in empirischen Untersuchungen beobachtet werden, dass die subjektive Einkommenszufriedenheit, unabhängig vom tatsächlichen Einkommen, bei älteren Altersgruppen ansteigt. Über diesen Effekt ist viel spekuliert worden. Im nun folgenden Teil werden Erklärungsansätze für den mit höherem Alter abschwächenden Zusammenhang von materieller Lage und subjektivem Wohlbefinden diskutiert. Folgende Anhaltspunkte spielen bei der Erklärung eine Rolle:

Es ist bekannt, dass das Sicherheitsbedürfnis, auch im Hinblick auf die materielle Sicherheit, bei alten Menschen stark zunimmt. Im hohen Alter hat sich die Einkommenslage in aller Regel stabilisiert und das Alterseinkommen (z. B. eine Rente) ist im Allgemeinen bis an das Lebensende gesichert. Das gesetzliche Rentensystem entspricht damit dieser Sicherheitsorientierung. Eine ergänzende private Altersvorsorge kann zusätzlich dazu beitragen, die Gewissheit zu stärken, im Alter einmal angemessen versorgt zu sein. Dass diese zusätzliche Vorsorge jedoch entsprechende finanzielle Ressourcen voraus setzt, zeigt sich an der ungleichen Verbreitung privater Lebensversicherungen zwischen den Einkommensgruppen (Bulmahn 1999: 311).

Bezüglich der gewonnenen Einkommenssicherheit geht aus den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) hervor, dass der Einfluss des Alters auf die Einkommenszufriedenheit insbesondere dann zurück geht, wenn neben dem aktuellen Einkommen auch die zukünftig erwartete Einkommensentwicklung und insbesondere das Einkommensrisiko bei den Analysen mit berücksichtigt wird. Daraus wird die Schlussfolgerung gezogen, dass sich ein Teil des Zusammenhangs zwischen Alter und Einkommenszufriedenheit offensichtlich durch die Berücksichtigung des Einkommensrisikos erklären lässt (Schwarze 1996: 361).

Die Mehrheit der heute hochaltrigen Menschen hat bereits ein gewisses Wohlstandsniveau erreicht. Ebenso hat sich die allgemeine Lebenszufriedenheit, die in Westdeutschland bereits auf einem sehr hohem Niveau ist, in den letzten Jahren kaum mehr positiv verändert. Veenhoven konnte zudem beobachten, dass in reichen Nationen der Zusammenhang von Einkommen und Zufriedenheit sinkt (Veenhoven 1993). Daran wird deutlich, „dass die immer weitere Verbesserung der Lebensbedingungen einen sinkenden Grenznutzen hat: Mehr Einkommen, mehr Freizeit und mehr Konsum lassen die Menschen nicht immer zufriedener werden“ (Statistisches Bundesamt 2000b: 423).

Der Hintergrund für diese Feststellung ist, dass es bei gestiegenem Lebensstandard häufig zu Relevanzverschiebungen zu Gunsten immaterieller Werte, wie z. B. dem Gesundheitszustand insbesondere bei Hochaltrigen, kommt, wogegen für Menschen mit unzureichendem Einkommen eher die Befriedigung materieller Grundbedürfnisse Vorrang hat.

Es muss zudem generell beachtet werden, dass das Wohlstandsniveau nicht allein von der Einkommenshöhe, sondern auch von den unterschiedlichen Ausgabenerfordernissen abhängt. Bei ähnlicher Einkommens- und Vermögenssituation kommt es auch bei einem stabilen Alterseinkommen zu sehr unterschiedlichen Zufriedenheitsniveaus, je nach dem, welche zusätzlichen Aufwendungen anfallen.

Unter diesem Gesichtspunkt sei auch an die höheren Fixkosten der Einpersonen-Rentnerhaushalte gegenüber den Zweipersonenhaushalten erinnert, die oftmals zu erheblichen konsumptiven Einschränkungen führen.

Ein ganz wesentlicher Aspekt für die Erklärung altersabhängiger Unterschiede bei der Verknüpfung von objektiven Lebensbedingungen mit subjektivem Wohlbefinden sind die unterschiedlichen Bewertungsprozesse. Eine wichtige Annahme in diesem Zusammenhang betrifft die individuellen altersabhängigen Veränderungen von Bewertungsmaßstäben sowie Verschiebungen von persönlichen Wertorientierungen und Prioritätensetzungen, wie z. B. die Änderung von Ansprüchen oder Vergleichszielen, die zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens beitragen. Je größer die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit für die alten Menschen ist, desto eher sinkt ihre Zufriedenheit. Dabei wird jedoch vermutet, dass Menschen mit dem Alter ihre Ansprüche und Erwartungen entsprechend ihren abnehmenden Handlungsmöglichkeiten reduzieren. Zudem wird angenommen, dass Menschen mit zunehmendem Alter ihre Ansprüche besser mit ihren persönlichen Lebensumständen in Einklang bringen können (Noll & Schöb 2001: 16). Solche selbstregulativen Anpassungsprozesse („Adaptionen“) des eigenen Anspruchsniveaus helfen alten Menschen, trotz unabwendbarer Verluste, sowohl auf objektiver als auch auf subjektiver Ebene, ein hohes Wohlbefinden aufrechtzuerhalten und z. B. das Schicksal eines Lebens in Armut zu bewältigen bzw. als weniger gravierend anzusehen (Filipp 2001: 41).

Neben Bewältigungsprozessen wurden in der Berliner Altersstudie auch Veränderungen in Vergleichsprozessen bei den alten und sehr alten Studienteilnehmern beobachtet: Man hat festgestellt, dass alte Menschen sich nicht mehr mit anderen Alten, sondern eher mit sich selbst in der Vergangenheit vergleichen, um herauszustellen, dass ihr Leben eine Wendung zum Besseren genommen hat. Vor allem der Vergleich mit schlechten Zeiten wie den Kriegsjahren lässt für die Hochaltrigen die Gegenwart in einem besseren Licht erscheinen, auch wenn finanzielle Probleme offensichtlich sind (Smith, J. et al. 1996: 505).

Hinzu kommen gewisse soziale und altersentsprechende Normen, an die sich besonders alte Menschen stark anpassen. Oft ist z. B. die Auffassung verinnerlicht, nicht über das Leben zu klagen, sondern eine positive Darstellung von Lebenszufriedenheit im Sinne von „mein Leben ist schön“ nach außen zu tragen. In der Berliner Altersstudie wurde hierzu allerdings kritisch bemerkt, dass das eher negativ gefärbte Altersstereotyp des hohen Alters die Vermutung nahe legt, „dass es für sehr alte Menschen sozial akzeptabler ist, eingeschränktes Wohlbefinden anzugeben, und dass möglicherweise der soziale Druck, der Norm ‚mein Leben ist schön‘ zu entsprechen, nicht so stark wie im jüngeren Alter empfunden wird“ (Smith, J. et al. 1996: 500).

Die Betonung der Zufriedenheit kann darüber hinaus Ausdruck sein für das Bedürfnis, sich und anderen gegenüber keine Defizite einzugestehen, was wiederum negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben könnte. Ähnliches wurde bereits im Zweiten Altenbericht im Zusammenhang mit der Wohnzufriedenheit diskutiert, wobei die Betonung der Erhaltung ihrer Selbstständigkeit das Bemühen der alten Menschen um die Aufrechterhaltung ihres positiven Selbstbildes ausdrückt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998: 167).

Die Gruppe der heute Hochaltrigen zeichnet sich durch spezifische Werthaltungen und Orientierungen aus. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund besteht beispielsweise im Erleben zweier Weltkriege, mehrerer Wirtschaftskrisen und materieller Notzeiten. Bei den ostdeutschen Hochaltrigen gehören zudem die Erfahrung der Systemtransformation im hohen Alter zur eigenen Biografie (Glatzer 1992: 138). Es ist offensichtlich, dass diese Erlebnisse auch die Einstellung gegenüber materiellen Ressourcen geprägt und beispielsweise zu einem anderen Spar- und Konsumverhalten bei den heute hochaltrigen Menschen geführt hat. Bei der nachfolgenden Kohorte der jüngeren Alten, die den größten Teil ihres Lebens unter den Bedingungen einer modernen Industriegesellschaft gelebt hat, haben sich andere Werte und Ziele herausgebildet, die nun ihr Denken und Handeln – auch in finanzieller Hinsicht – prägen.

Nicht nur sozioökonomische, sondern auch politische und wirtschaftliche Veränderungen führen zu Unterschieden in den Werthaltungen verschiedener Altersgruppen, wie dies am Beispiel der ostdeutschen Hochaltrigen deutlich wird. So hat die DDR-Sozialisation mit ihrer Betonung von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit andere Wertvorstellungen vermittelt als die Sozialisation in Westdeutschland. Die vermittelten normativen Vorgaben sind auch heute noch in der Wertestruktur vieler Ostdeutscher präsent (Delhey & Böhnke 1999: 22).

Die wachsende Relevanz anderer Lebenslagemerkmale als der Einkommenssituation darf keinesfalls vergessen werden, wenn man über die subjektive Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen im Zusammenhang mit objektiven Lebensbedingungen spricht. Hier spielen vor allem die sozialen, insbesondere die familiären Netzwerke eine immer wichtigere Rolle, genauso wie das Gefühl, weiterhin in die Gesellschaft integriert zu sein.

3.2.5 Fazit

Die in den vorangegangenen Abschnitten präsentierten Ergebnisse haben gezeigt, dass die finanzielle Lage Hochaltriger im Durchschnitt nicht Besorgnis erregend ist, es jedoch deutliche soziale Unterschiede gibt und einzelne Gruppen von Hochaltrigen mit relativ geringen finanziellen Ressourcen auskommen müssen und durchaus dem Risiko der ökonomischen Deprivation ausgesetzt sind. Der kumulative Effekt der sozialen Ungleichheit über den Lebensverlauf führt zu einer hohen Variabilität der Alterseinkommen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind daher ebenso ausgeprägt wie im mittleren Erwachsenen- und jüngeren Seniorenalter. So haben etwa die Beamten und Beamtinnen im Ruhestand ein um durchschnittlich 81 % höheres Äquivalenzeinkommen als die Haushalte von Rentnerinnen und Rentnern , und das Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland erreicht trotz etwas höherer Rentenzahlungen nicht das westdeutsche Niveau, da sie seltener und geringere Einkünfte aus anderen Quellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).

Auffallend ist die vergleichsweise schlechte Einkommensposition allein stehender Rentenempfängerinnen im Alter von 80 und mehr Jahren. Deren Einkommen liegt in Westdeutschland ein Viertel, in Ostdeutschland ein Drittel unter dem jeweiligen durchschnittlichen Äquivalenzeinkommen der Haushalte insgesamt und auch deutlich unter dem Einkommen hochaltriger Männer.[25] Ein Viertel der Haushalte mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin lebte 1998 in relativer Einkommensarmut, d. h. sie hatten weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung. Ihre Quote relativer Einkommensarmut ist damit doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt aller Privathaushalte (1998: 12,7 %). Hochaltrige Frauen besitzen zudem weniger Vermögen. Ein Zehntel der Haushalte der Frauen ab 70 Jahren hat keinerlei Ersparnisse. Für die große Gruppe der verwitweten hochaltrigen Frauen lässt sich hinsichtlich Ihrer materiellen Situation kein einheitliches Fazit ziehen. Zum einen lässt sich feststellen, dass die existierende Hinterbliebenenversorgung die materiellen Auswirkungen der Verwitwung für große Teile der Betroffenen ausreichend abfedert. Witwen sind unterdurchschnittlich von Armut betroffen. Dies gilt in noch stärkerem Maße für Witwer. Die Ausführungen in Kapitel 3.2.3.1 weisen aber auch darauf hin, dass die Einschätzungen der finanziellen Folgen von Verwitwung stark von den zugrunde gelegten methodischen Annahmen bestimmt sind. Je nach benutzter Äquivalenz-Skala kann die Verwitwung als ein hohes Armutsrisiko oder als Ereignis ohne negative finanzielle Folgen bewertet werden. Die Analyse der Ausgaben von Haushalten verwitweter Frauen zeigt deutlich, dass der Anteil, der für fixe Ausgaben verwendet werden muss, insbesondere für Wohnen und Haushaltsenergie, mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt.

Insgesamt hatten nach den Ergebnissen der EVS 1998 19,5 % der Haushalte von Hochbetagten (ab 80 Jahren) ein Einkommen unter der 50 %-Schwelle und sind daran gemessen als einkommensarm zu bezeichnen.

Dennoch sind Hochaltrige mit einer Empfängerquote von 1,4 % (1999) vergleichsweise selten auf Sozialhilfe im engeren Sinn, d. h. auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Auch der Anteil verdeckt Armer (d. h. mit einem Einkommen unter dem Bedarfssatz nach BSHG) scheint bei alten Menschen unterdurchschnittlich zu sein, entgegen der populären Annahme, dass das Phänomen der „verschämten“ Armut vor allem bei alten Menschen vorkomme. Die relativ wenigen hochaltrigen Sozialhilfeempfänger benötigen diese Hilfe allerdings meist dauerhaft.

[25] Die Bestimmung der Einkommenspositionen anhand gewichteter Pro-Kopf-Einkommen bzw. so genannter Äquivalenzeinkommen zur Kontrolle der unterschiedlichen Haushaltsgrößen hängt allerdings nicht unerheblich vom Gewichtungsansatz ab.

Weit überdurchschnittlich häufig angewiesen sind Hochaltrige auf Leistungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen. Größtenteils handelt es sich dabei um in Heimen lebende alte Frauen, die diese Hilfe zur Finanzierung der Heimkosten benötigen. Nachdem mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner, die ergänzend auf die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“ angewiesen sind, zunächst deutlich gesunken ist, stieg er nach 1998 wieder an. Ende 1999 war ein Drittel der in Heimen lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung auf diese kommunale Hilfe angewiesen. Ein Grund für diesen Wiederanstieg liegt darin, dass mit den festgeschriebenen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung ein immer kleiner werdender Anteil der steigenden Heimkosten gedeckt wird. Wenn jeder dritte pflegebedürftige Heimbewohner nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln und den erhaltenen Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten des Heimaufenthalts zu bestreiten, stellt stationäre Pflegebedürftigkeit ein Armutsrisiko ersten Ranges dar. Das mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung verfolgte Ziel der Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit droht für die stationäre Versorgung insofern immer weniger erfüllt zu werden. Das Sozialhilferisiko in der häuslichen Versorgung wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung deutlicher als in der stationären Versorgung gesenkt und dieser Erfolg ist auch auf Dauer nicht im gleichen Ausmaß gefährdet.

Im Hinblick auf die Verwendung des Einkommens ist zunächst auf die mit steigendem Alter sinkenden absoluten Ausgaben für den privaten Verbrauch hinzuweisen. Der absolute Rückgang ist allerdings ausgeprägter als der Rückgang der Konsumquote, d. h. des Einkommensanteils, der für den privaten Verbrauch verwendet wird. Dies liegt zum Teil an dem geringeren Einkommen Hochaltriger, das auch dafür verantwortlich sein dürfte, dass die Konsumquote alter Menschen in Ostdeutschland höher ist als in Westdeutschland.

Auch im höheren Alter wird im Allgemeinen noch ein Teil des Einkommens zurückgelegt. Allerdings gehen die Sparquote und die Sparbeträge mit steigendem Alter zurück, teilweise bis auf null. Bei ostdeutschen Hochaltrigen im unteren Einkommensbereich übersteigen die Ausgaben regelmäßig deren Einnahmen, was zu einem Abbau ihrer Ersparnisse bzw. bei fehlenden Ersparnissen zur Verschuldung führt.

Im Vergleich zu jüngeren Seniorinnen und Senioren wenden Hochaltrige einen deutlich höheren Teil ihrer Konsumausgaben sowie ihres Einkommens für die Bestreitung der Wohnkosten auf. Auch die Ausgaben für die Gesundheitspflege und für sonstige Waren und Dienstleistungen, zu denen auch die Kosten für Haushaltshilfen und ambulante Pflegedienste zählen, steigen anteilsmäßig mit dem Alter. Demgegenüber geben die Hochaltrigen im Querschnittsvergleich der Altersgruppen vergleichsweise wenig Geld für die Ausgabenbereiche Verkehr, Bekleidung und Freizeit, Unterhaltung und Kultur aus. Neben Veränderungen der Konsummuster im Lebensverlauf kommen hier sicherlich auch Unterschiede zwischen den Generationen zum Tragen. So darf zum Beispiel vermutet werden, dass in Zukunft immer mehr alte Menschen, vor allem auch alte Frauen im Besitz eines Pkw sein werden und auch die Reisetätigkeit steigen wird, sodass die Verkehrsausgaben Hochaltriger nicht auf dem heutigen Stand bleiben werden.

Alte und hochaltrige Menschen sind im Durchschnitt zufriedener mit ihrem Einkommen und ihrem erreichten Lebensstandard als die jüngeren Altersgruppen. Das Maß ihrer Zufriedenheit hängt dabei weniger als in jüngeren Jahren von der Höhe ihres Einkommens ab. Wichtig ist ihnen die Sicherheit des Alterseinkommens, die im Allgemeinen gewährleistet ist, und die Legitimität ihrer Renten- und Pensionsansprüche aufgrund der vorher erbrachten Leistungen.

Das Gefühl der Einkommenssicherheit steuert angesichts des hohen Sicherheitsbedürfnisses bei alten Menschen erheblich zu ihrem positiven subjektiven Wohlbefinden bei. Zusammen mit den sich im Alter ändernden Bewertungs- und Vergleichsprozessen, generationsspezifischen Unterschiede der Normen und Werte, der im höheren Alter wachsenden Relevanz von anderen Lebenslagemerkmalen als der Einkommenssituation und der höheren Bereitschaft alter Menschen, die eigenen Ansprüche und Erwartungen den gegebenen Möglichkeiten anzupassen, trägt die Einkommensgewissheit zu der relativ hohen Zufriedenheit mit dem Einkommen und Lebensstandard und der geringen Abhängigkeit des Zufriedenheitsniveaus von der tatsächlichen Einkommenshöhe bei. Auch das Wohlbefinden insgesamt hängt mit steigendem Alter immer weniger vom verfügbaren Einkommen ab.

Dies birgt allerdings die Gefahr, dass der tatsächliche finanzielle Bedarf bzw. der Grad der Unterversorgung unterschätzt wird. Auch im Alter hängen die Möglichkeiten der Lebensgestaltung nicht unwesentlich von den verfügbaren finanziellen Ressourcen ab. Dies gilt besonders für die Möglichkeiten der Kompensation von gesundheitlichen Einbußen. Zu erwähnen ist hier beispielsweise die Ausstattung und Anpassung der Wohnung, die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und die Unterstützung der außerhäuslichen Mobilität. Auch die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke und damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen ist zum Teil abhängig von den finanziellen Ressourcen. Gerade im Hinblick auf die Hochaltrigen muss beachtet werden, dass das Wohlstandsniveau nicht allein von der Einkommenshöhe, sondern auch von den unterschiedlichen Ausgabenerfordernissen abhängt.

3.3 Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen

3.3.1 Vorbemerkung und grundsätzliche Empfehlungen

Das Ziel älterer Menschen in Bezug auf ihre Wohnsituation besteht darin, solange wie möglich selbstbestimmt und selbstständig in einer stabilen und sicheren Umgebung zu leben, auch dann, wenn alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten. Dieses Ziel bezieht sich in erster Linie auf die Situation in einer Mietwohnung, einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus. Es gilt jedoch im Prinzip auch für eine „neue“

Wohnung in einem Wohnheim, im Betreuten Wohnen oder im so genannte gemeinschaftlichen Wohnen. Das Ziel sollte im Prinzip auch für das Wohnen im Pflegeheim gelten; doch ist hier aus konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Gründen ein hoher Grad an Selbstbestimmung häufig nicht realisiert.

Die oben genannte Zielsetzung lässt sich – überwiegend bezogen auf die bauliche und technische Infrastruktur – grundsätzlich auf zwei Wegen erreichen:

Durch individuelle Wohnungsanpassung zur Kompensation von Wohnungsmängeln bzw. zur Optimierung der Wohnsituation im Hinblick auf die besonderen Anpassungserfordernisse einer bestimmten Person. Dabei kann sowohl präventiv als auch reaktiv verfahren werden. Zurzeit überwiegt die reaktive Form.

Durch generelle Wohnungsanpassung, wobei eine ganze Siedlung oder zumindest ein ganzer Gebäudekomplex den Bedürfnissen alter Menschen angepasst wird. Auch hierbei wird präventiv oder reaktiv verfahren, was sowohl den bereits dort lebenden Personen als auch den später Einziehenden zugute kommt. Die generelle Wohnungsanpassung wird in Deutschland nur vereinzelt, z. B. in Bielefeld, angewandt. Landes- oder gar bundesweite Programme existieren bislang nicht.

In Deutschland wird Wohnungsanpassung überwiegend synonym mit individueller Wohnungsanpassung verstanden. Anders ist die Situation zum Beispiel in den Niederlanden, wo die generelle Wohnungsanpassung eine größere Rolle spielt. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass sich in den Niederlanden 43 % aller Wohnungen im Besitz öffentlicher, genossenschaftlicher und privater Wohnungsgesellschaften befinden, während der entsprechende Anteil in Deutschland bei 26 % liegt. Maßnahmen der generellen Wohnungsanpassung sind im Eigenheimbestand und im privaten Mietwohnungsbestand erheblich schwerer durchsetzbar als bei Wohnungsgesellschaften, bei denen ein höheres Interesse auf die Umsetzung genereller Wohnungsanpassungsmaßnahmen bestehen dürfte, auch im Hinblick auf ohnehin anstehende Modernisierungserfordernisse.

Generelle Wohnungsanpassung ist kurzfristig kaum umsetzbar; individuelle Wohnungsanpassung kann hingegen häufig innerhalb kurzer Zeit realisiert werden. Beide Formen bedürfen in Bezug auf die oben genannten Zielsetzungen einer stärkeren öffentlichen Beachtung und Förderung zur Minimierung oder gar vollständigen Beseitigung wohnungsbezogener Risiken. Dies ist im übrigen auch die Einschätzung aller Beteiligten des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten dreijährigen Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“, das Ende des Jahres 2001 abgeschlossen wird.

Im Folgenden wird darauf verzichtet, in größerem Umfang Daten quantitativer Untersuchungen zur Wohnsituation zu präsentieren, denn die meisten quantitativen Angaben erlauben kaum Rückschlüsse auf die Anpassungserfordernisse. Sieht man einmal von den nach wie vor massiven Problemen mit veralteten Heizungen ab, so sagen die bisher vorliegenden quantitativen Untersuchungen nichts aus – um nur einige Beispiele zu nennen – über unsichere Zugänge und Treppen, Stolpergefahren, nicht erreichbare Fensterhebel, fehlende oder falsch angebrachte Handläufe, unzureichende Bewegungsflächen in Bad und WC, unsichere Elektrogeräte sowie mit Gehwagen oder Rollstuhl nicht erreichbare Balkone. Eine Reihe qualitativer Studien sowie die Erfahrungen zahlreicher Wohnberatungsstellen belegen jedoch eindeutig mehr als die genannten – überwiegend technischen – Mängel (vgl. z. B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000b; Stolarz 1998; Niepel 1998).

Die zur Verfügung stehenden Daten können, auch wenn sie altersspezifisch ausgewertet werden, kein umfassendes Bild der Wohnverhältnisse Hochaltriger liefern. Hierzu fehlen insbesondere Erhebungen über detaillierte Wohnungsmängel und das Alter aller Haushaltsmitglieder und über die sozialen Netze Hochaltriger. Zur Bestimmung der Altersgruppen werden meistens nur die Haushaltsvorstände (Bezugspersonen) erfasst. Damit erscheinen gerade Hochaltrige in Haushalten Jüngerer nicht in der Wohnstatistik. Eindeutig sind deshalb hier nur Aussagen zu den Einpersonenhaushalten. Diese wiederum sagen nichts darüber aus, inwiefern diese Personen in soziale Netze eingebunden sind, ob zum Beispiel eine in ihrer Wohnung allein lebende alte Frau von Angehörigen, die im selben Haus leben, betreut wird. Als Indikator für Subgruppen mit erhöhtem Risiko sind altersdifferenzierte Daten zu Einpersonenhaushalten dennoch von besonderem Interesse.

Aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 des Statistischen Bundesamts liegen altersspezifische Auswertungen zur Ausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern bereits vor, allerdings nur bis zur Altersgruppe „70 und mehr Jahre“. Der hier bereits erkennbare Trend der schlechteren Ausstattung mit zunehmendem Alter sollte durch die Auswertung mindestens einer weiteren Altersgruppe (80 Jahre und älter) sowie für Einpersonenhaushalte präzisiert werden.

Tabelle 3-15

Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit ausgewählten Geräten, 1998 (je 100 Haushalte)

Gerät	Altersgruppe 55 – 64 Jahre	Altersgruppe 65 – 69 Jahre	Altersgruppe 70 und mehr Jahre
TV	*97,2*	*97,2*	*97,6*
Telefon	*98,1*	*97,8*	*96,7*
Kühlschrank	*99,4*	*99,6*	*99,2*
Geschirrspüler	*47,5*	*36,9*	*21,0*

Quelle: EVS 1998, Mitteilung des Statistischen Bundesamts.

Da die Fallzahlen für die Hochaltrigen im Sozioökonomischen Panel 1999 bzw. 2000 sehr niedrig sind, ist eine Interpretation der Ergebnisse für diese Gruppe schwierig. Für die Grundausstattung der Altenhaushalte liegen umfassendere Daten nur in der Ergänzungserhebung von 1993 vor.

Tabelle 3-16

Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit Bad, WC und Sammelheizung, 1993

Altersgruppen	Haushalte* insgesamt	Einpersonen-haushalte
	Anteil der Haushalte mit Bad, WC und Sammelheizung	
65 – 69	*73,5 %*	*71,2 %*
70 – 74	*72,0 %*	*69,7 %*
75 und älter	*69,8 %**	*66,9 %*

* Eigentümer- und Hauptmieterhaushalte. Zum Vergleich: 1987 waren in Westdeutschland 76 % der Haushalte der über 75-Jährigen modern ausgestattet.
Quelle: Scheewe 1996.

Eine exakte Quantifizierung wohnungsbezogener Risiken der Hochaltrigen sowie der Personen mit Demenz ist aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich. Unter Plausibilitätserwägungen dürfte sich jedoch eine Zunahme von wohnbezogenen Risiken bei steigendem Lebensalter mit der Zunahme von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ergeben. Das Gleiche gilt für Personen mit Demenz. Daraus ergibt sich ein Beratungsbedarf, für den heute noch kein flächendeckendes Angebot existiert. Dieser Beratungsbedarf ist bei Hochaltrigen besonders groß, weil bei dieser Altersgruppe die Beratung noch intensiver sein muss als bei jüngeren Alten. Das zurzeit bestehende Beratungsangebot leidet zudem unter Problemen einer unsicheren Finanzierung. Längerfristig stabile Finanzierungsbedingungen von Wohnberatungsstellen bilden die Ausnahme. Ob zumindest die Beratung sichergestellt werden kann, die im Vorfeld der durch die Pflegekassen zum Teil finanzierten Wohnumfeldverbesserungen notwendig ist, hängt davon ab, ob sich die Pflegekassen und die Länder an den Beratungskosten beteiligen. In den beiden Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg gibt es Ansätze hierzu.

3.3.2 Anforderungen an selbstständiges Wohnen im Alter

Über die Bedeutung des selbstständigen Wohnens älterer Menschen, deren Wohnprobleme und über konzeptionelle Ansätze zur Lösung solcher Probleme wurde bereits in den vorangegangenen Altenberichten Stellung bezogen, insbesondere im Zweiten Altenbericht von 1998 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Die dort getroffenen Aussagen zum selbstständigen Wohnen bezogen sich überwiegend auf die gesamte Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Menschen. Die Gruppe der Hochaltrigen wurde dagegen vor allem im Zusammenhang mit speziellen Wohnformen betrachtet. Folgende Ansätze für das „normale“ Wohnen wurden genannt, an die hier summarisch nochmals erinnert werden soll:

– Das Thema „Wohnen“ ist eines der zentralen Themen zukunftsorientierter Altenpolitik – die Hauptanforderungen beziehen sich auf die Ausgestaltung „normaler“ Wohn- und Lebenswelten. Durch die Einschränkung des Aktionsradius älterer Menschen erhält einmal die Wohnung selbst und zum anderen das Wohnquartier als nahes Umfeld der Wohnung zentrale Bedeutung für die Wohn- und Lebensqualität älterer Menschen.

– Ältere Menschen haben Wohnbedürfnisse, die teils altersbedingt und teilweise ähnlich sind wie die Wohnbedürfnisse Jüngerer. Häufig unterscheidet sich nicht die Art der Anforderungen älterer Menschen an ihre Wohnumwelt, sondern eher die größere Abhängigkeit von der Erfüllung solcher Anforderungen. So werden im Zweiten Altenbericht als Leitbilder für die Gestaltung altersfreundlicher Umwelten „Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und soziale Bezogenheit“ genannt (vgl. S. 239).

– Auch bei auftretender Hilfebedürftigkeit haben ältere Menschen ein starkes Bedürfnis nach Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Im Zuge eines zukünftig wahrscheinlich wachsenden Selbstbewusstseins älterer Menschen wird dies verstärkt eingefordert werden. Auch eine stärkere Forderung nach Mitwirkung bei der Gestaltung ihrer Wohnumwelt und der Organisation des Zusammenlebens ist zu erwarten (auch im Betreuten Wohnen und in den Heimen).

– Die Anforderungen an eine altersfreundliche Wohnumwelt sind hoch. Soziale Kontakte und gesellschaftliche Teilhabe werden in der Regel bei Hochaltrigkeit schwerer zu realisieren sein. Daher ist nach Möglichkeiten zu suchen, sie so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Ähnliches gilt für als sinnvoll erlebte Aktivitäten. Die Ermöglichung von Gemeinschaft und Aktivitäten ist eine zentrale Anforderung an eine altersfreundliche Wohnumwelt.

– Eine Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in ihrer normalen Wohnumwelt besteht darin, dass diese weitgehend barrierefrei ist, und zwar sowohl die Wohnung selbst als auch das Wohnumfeld. Mit altersbedingter Einschränkung der Beweglichkeit, der Wahrnehmungsfähigkeit und auch des Reaktionsvermögens sind ältere Menschen in zunehmendem Maße auf einen Abbau von Hindernissen und Gefahrenquellen angewiesen. Hierzu zählt auch ein höherer Bedarf an Sicherheit, etwa im Haushalt oder Straßenverkehr.

– Die Verfügbarkeit von notwendigen Hilfen, Betreuung und Pflege ist ebenfalls eine entscheidende

Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in einer normalen Wohnung. Hierfür sind zum einen dezentrale Hilfeangebote erforderlich und zum anderen Organisationsformen des Hilfeangebotes, die das selbstständige Wohnen fördern. Ähnliches gilt für sonstige Dienstleistungsangebote und die wohnungsnahe Infrastruktur.

Im Unterschied zu speziellen Wohnformen für ältere Menschen hat die wichtigste und häufigste Wohnform „normale Wohnung“ einen generationenübergreifenden Ansatz: Der Bedarf an sozialen Kontakten und informellen Hilfenetzen kann nur durch die Mitwirkung Jüngerer und zudem innerhalb des näheren Umfeldes, dem Wohnquartier, gedeckt werden. Eine Anforderung an ein altenfreundliches Wohnquartier ist dadurch gekennzeichnet, dass in diesem solche sozialen Netze bestehen bzw. entstehen können.

3.3.3 Besonderheiten des selbstständigen Wohnens im hohen Alter

Zu fragen ist, ob die skizzierten Wohnbedarfe und der konzeptionelle Ansatz auch für die Gruppe der Hochaltrigen zutreffen bzw. worin die besonderen Risiken dieser Gruppe bestehen, die vielleicht andere bzw. zusätzliche Maßnahmen erfordern. Dass die Wahrscheinlichkeit solcher Risiken mit zunehmendem Alter rapide zunimmt, wird an dem relativ hohen Anteil von Hilfe- und Pflegebedürftigen unter den Hochaltrigen deutlich sowie an der hohen Wahrscheinlichkeit, wegen körperlich oder psychisch bedingter Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit keinen selbstständigen Haushalt mehr führen zu können, sondern in einem „Großhaushalt“ der stationären Versorgung leben zu müssen. Neben den zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen spielen weitere Faktoren eine Rolle:

- weniger effektive oder gar nicht vorhandene informelle Hilfenetze sowie mangelnde soziale Kontakte und Möglichkeiten für Aktivitäten,
- größere Anfälligkeit für Behinderungen in der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens durch räumliche und technische Barrieren und größere Gefährdungen durch Unfälle in der Wohnung und auf der Straße, wobei die Unfallfolgen bei älteren Menschen schwerwiegender sind (Tod, langer Krankenhausaufenthalt) als bei Jüngeren. Aus der Unfallstatistik geht hervor, dass Hochaltrige, dabei vor allem Männer, überdurchschnittlich häufig von Verkehrsunfällen mit Todesfolge betroffen sind (Nicodemus 1998: 978).

Wohnungsbezogene Risiken werden mit zunehmendem Alter teilweise dadurch noch verschärft, dass ausgleichende Umweltbedingungen nicht nur fehlen, sondern dass diese Bedingungen häufig gerade im hohen Alter besonders schlecht sein können: Bedingt durch die häufig lange Wohndauer in der selben Wohnung, verbunden mit der geringen Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Veränderung der Wohnungseinrichtung und der -ausstattung, leben gerade Hochaltrige häufiger in mangelhaft ausgestatteten Wohnungen und mit geringerem Komfort als Jüngere. Zumindest für einen Teil der Hochaltrigen besteht also eine Schere zwischen Bedarf nach und Verfügbarkeit von angepasster Wohnumwelt.

Über den tatsächlichen Umfang solcher Mängel – etwa in der Beschaffenheit und Ausstattung von Wohnungen – gibt es zwar Indikatoren, aber wenig aussagekräftige Daten. Dies hat im wesentlichen zwei Gründe: Es gibt überhaupt wenig repräsentative Daten zu funktionalen Wohnungsmängeln. Verfügbare Zahlen der Wohnungsstatistik – etwa zur Grundausstattung – sind zwar ein Indikator für das Vorliegen weiterer Wohnprobleme, aber auch moderne Wohnungen können viele Barrieren und Gefahrenquellen bergen. Hinzu kommt, dass selbst die vorhandenen Daten kaum altersspezifisch ausgewertet sind und zumindest keine Differenzierung der Gruppe älterer Menschen enthalten. Dieser Mangel könnte zukünftig in einigen Bereichen durch eine gezielte Auswertung vorhandener statistischer Daten behoben werden.

Frühere Studien des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) zur Wohnsituation älterer Menschen (vgl. Stolarz 1992; 1996) ergaben bereits, dass eine besondere Gefährdung der Selbstständigkeit älterer Menschen dann entsteht, wenn mehrere Probleme gleichzeitig auftreten, wie zum Beispiel gesundheitliche Probleme, Wohnungsmängel, mangelhafte soziale Netze und – meist in ursächlichem Zusammenhang mit Wohnungsmängeln – geringes Einkommen. So wurden zum Beispiel schlechtere Ausstattungswerte bei folgenden Subgruppen ermittelt: Einpersonenhaushalte; Hochaltrige, vor allem allein lebende ältere Frauen; Mieterhaushalte; Pflegebedürftige.

Eine weitergehende Differenzierung mit westdeutschen Daten von 1982 hatte zum Beispiel ergeben, dass auch bei allein lebenden älteren Frauen in selbst genutztem Eigentum häufig Ausstattungsmängel auftreten. Diese Daten (65 Jahre und älter) könnten noch heute von Relevanz sein, da ein Teil der damals erfassten Bewohnerinnen und Bewohner heute – etwa 20 Jahre später – zur Gruppe der Hochaltrigen zählt. Es ist nicht davon auszugehen, dass die damals festgestellten Mängel inzwischen voll beseitigt sind. Bezüglich der Ausstattungsmängel ist auch heute vor allem das Fehlen einer Sammelheizung und das Fehlen eines Aufzugs in mehrstöckigen Häusern von zahlenmäßiger Bedeutung.

3.3.4 Aktivitätseinschränkungen und Wohnungsmängel

In einer bundesweiten Studie sind Schneekloth und Potthoff (1993) der Frage nachgegangen, inwieweit ältere Menschen in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind (siehe hierzu auch Kapitel 3.5). Aus Tabelle 3-17 geht hervor, dass für 17 % der 65- bis 69-Jährigen und für 63 % der 80-Jährigen und Älteren die selbstständige Ausführung der Aktivitäten „Baden, Duschen/Waschen, Toilettenbenutzung“ schwierig oder unmöglich war. 13,5 % der 65- bis 79-Jährigen und 33,5 % der 80-Jährigen und Älteren hatten erhebliche Probleme beim Treppen steigen.

Eine neuere Studie bei Ratsuchenden in Wohnungsberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Niepel 2001) ergab,

dass die häufigsten Wohnprobleme die Bereiche „Bad“ und „Zugang/Treppensteigen“ betrafen (Abbildung 3-8). In derselben Untersuchung wurde auch das häusliche Unfallrisiko ermittelt. Es zeigte sich, dass 26 % (65- bis 80-Jährige) bzw. 39 % (über 80-Jährige) der Ratsuchenden, bei denen Anpassungsmaßnahmen im Wohnbereich durchgeführt wurden, schon einmal einen Unfall in der eigenen Wohnung hatten.

Tabelle 3-17

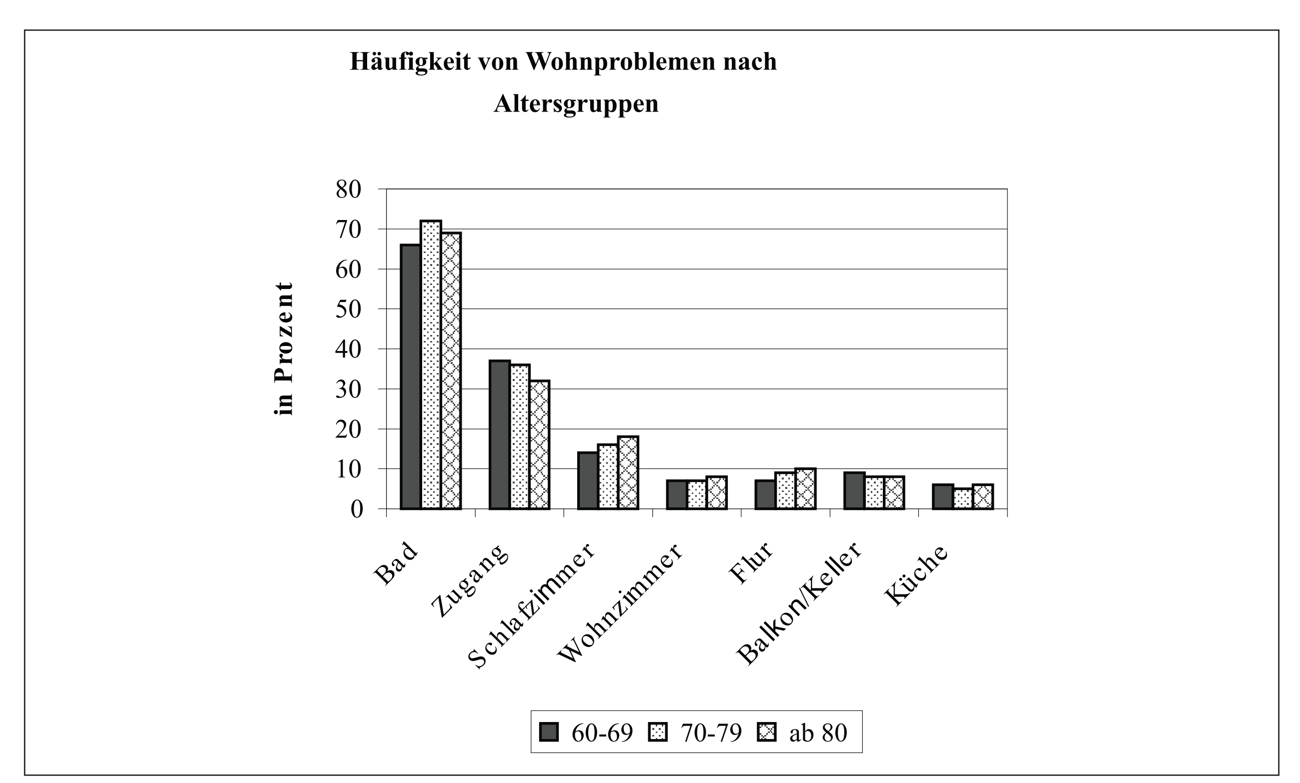
Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten (Durchführung „schwierig“ oder „unmöglich“ zusammengefasst) in verschiedenen Altersgruppen

Aktivität	Altersgruppe		Räumlicher Bereich
	65 – 79 Jahre	Ab 80 Jahre	
Baden	*8,9 %*	*30,2 %*	
Duschen/Waschen	*5,7 %*	*21,9 %*	
Toilette benutzen	*2,4 %*	*10,8 %*	
Insgesamt	*17,0 %*	*ca. 63,0 %*	(Bad)
Treppen steigen	*13,5 %*	*33,5 %*	(Wohnungszugang)
Mahlzeiten zubereiten	*5,9 %*	*24,8 %*	(Küche)
Wohnung heizen	*5.5 %*	*19,8 %*	(Heizung)
Umhergehen in der Wohnung	*3,6 %*	*14,3 %*	(Fußboden/Schwellen)
Zubettgehen/Bett verlassen	*3,5 %*	*13,2 %*	(Bett)
Setzen/Aufstehen	*3,8 %*	*12,3 %*	(Sitzmöbel)

Quelle: Infratest 1992, in: Schneekloth & Potthoff 1993.

Abbildung 3-8

Welche Wohnbereiche sind wie häufig von Wohnproblemen betroffen



Quelle: Niepel 2001.

Mit zunehmendem Alter steigt das Sturzrisiko sehr stark an (siehe Kapitel 3.5.3.2.6). Dabei spielen neben individuellen Faktoren auch Umgebungsfaktoren eine zentrale Rolle. Bei der Sturzprophylaxe kommt auch der Wohnsituation eine wichtige Bedeutung zu (vgl. z. B. Becker, Clemens et al. 2001). In der nordrhein-westfälischen Studie zur Inanspruchnahme von Wohnberatung wurden Schwerpunkte der Risiken im Wohnbereich ermittelt, die zum Teil auch das Auftreten von Stürzen begünstigen. In Tabelle 3-18 sind für die 80-Jährigen und Älteren, einer Hochrisikogruppe für Stürze, wohnungsbezogene Probleme dargestellt, die einer Prävention zugänglich sind, dargestellt.

In der amerikanischen Literatur wird intensiv darüber diskutiert, unter welchen Voraussetzungen unterschiedliche Gruppen älterer Menschen Anpassungsmaßnahmen in ihrer Wohnung durchführen lassen und welche Intensität der Unterstützung für die erfolgreiche Durchführung erforderlich ist. Zwei Aspekte erscheinen von besonderem Interesse: (1) Der Erfolg von Veränderungsmaßnahmen ist um so höher, je mehr die entsprechenden Zielgruppen einbezogen werden und die Veränderungen zu ihrer eigenen Sache machen. (2) Je geringer die Kompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner ist, um so höher sind ihre Anforderungen an eine altersgerechte Umwelt. Entsprechend intensiver müssen die Anpassungsmaßnahmen und auch der Beratungsprozess sein, einschließlich einer häufigeren Überprüfung des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen (Gitlin 1998).

3.3.5 Besonderheiten von Wohnumfeldverbesserungen für Menschen mit Demenz

Unstrittig ist, dass das selbstständige Wohnen trotz Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden soll. Durch die genannten Wohnumfeldverbesserungen im Rahmen der Pflegeversicherung wurde bereits ein wichtiger Beitrag für die Realisierung von Problemlösungen geleistet. Dies bezieht sich bisher aber fast ausschließlich auf die körperliche Pflege. Eine offene Frage ist allerdings, inwieweit bei Demenzerkrankung der selbstständige Haushalt aufrechterhalten werden kann, insbesondere, wenn die Betroffenen allein leben. Ohne intensive Unterstützung durch Betreuungsdienste, informelle Hilfen und quartiersbezogene Einrichtungen ist dies kaum denkbar (vgl. z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001).

Tabelle 3-18

Die häufigsten Wohnungsmängel/Wohnprobleme in der Wohnung bei hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) der Wohnberatungsstellen (Angaben in Prozent)

Vorhandene Badewanne problematisch	*39*
Treppen/Stufen im Außenbereich hinderlich/unüberwindbar	*38*
Bewegungsfreiheit im Badezimmer eingeschränkt	*37*
Badezimmertür problematisch (zu schmal, Öffnungsrichtung)	*36*
Benötigte Haltegriffe im Bad fehlen	*31*
Vorhandene Dusche problematisch	*27*
Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnzimmer	*23*
Vorhandene Toilette problematisch	*22*
Treppe/Stufen im Treppenhaus hinderlich/unüberwindbar	*20*
Separate Küche ist nicht vorhanden	*19*
Vorhandenes Bett ist problematisch	*18*
Vorhandener Waschplatz ist problematisch	*17*
Balkonschwellen sind hinderlich/unüberwindbar	*17*
Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnungsflur	*16*
Benötigtes Geländer im Außenbereich fehlt/ist mangelhaft	*13*
Stolperfallen/Bodenbelag im Schlafzimmer	*13*
Bewegungsfreiheit im Schlafzimmer eingeschränkt	*12*
Bewegungsfreiheit im Wohnzimmer eingeschränkt	*10*
Bewegungsfreiheit im Wohnungsflur eingeschränkt	*9*
Benötigtes Notrufsystem fehlt	*9*
Bewegungsfreiheit in der Küche	*9*
Badezimmer ist schwer erreichbar	*8*
Nutzung vorhandener Küchenausstattung (teilweise) problematisch	*8*

Quelle: Niepel 2001.

Im Vergleich zu älteren Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen gibt es bei den demenziell Erkrankten bisher kaum Lösungsansätze. Gerade bei den selbstständigen Wohnformen wie z. B. dem Betreuten Wohnen gilt die Risikoabsicherung für Pflegebedürftigkeit – wenn überhaupt – nur für die körperliche Pflege. Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Die Aufrechterhaltung des selbstständigen Haushaltes in der Privatwohnung ist bei Demenzkranken nur möglich, wenn eine intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sichergestellt ist und gegebenenfalls eine Entlastung durch teilstationäre Einrichtungen erfolgt. Fehlt ein solches Hilfenetz, wird ein Umzug in eine „stationäre Sonderwohnform“ notwendig. Zwar gibt es auch hierbei viel versprechende Ansätze für die Betreuung in kleinen Gruppen, wie z. B. das KDA-Konzept der „Hausgemeinschaften“. Aber bereits die große und weiter zunehmende Zahl der demenziell erkrankten älteren Menschen stellt die Altenhilfe vor ein neues Dilemma: So viele neue Einheiten alternativer Wohnformen können gar nicht so rasch geschaffen werden, wie die Zahl der Betroffenen steigt. Geht man zum Beispiel von der Inanspruchnahme stationärer Versorgung nach der letzten verfügbaren Pflegestatistik aus, so ergibt sich für die nächsten Jahre – ceteris paribus – die Notwendigkeit für die Schaffung von ca. 10 000 neuen Pflegeplätzen pro Jahr in Deutschland (also ca. 100 000 im nächsten Jahrzehnt und ca. 500 000 in den nächsten 50 Jahren, was einer Verdoppelung des gegenwärtigen Standes entspräche). Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrheit bereits heute an Demenz erkrankter älterer Menschen in ihrem normalen häuslichen Umfeld leben und hier – zum großen Teil – auch verbleiben wollen. Die Frage ist, wie sich hier die häufig mangelhaften Voraussetzungen für eine Betreuung bei möglicherweise abnehmendem familiären Hilfepotenzial verbessern lassen, um den Verbleib in einer selbstständigen Wohnung verantworten zu können.

3.3.5.1 Personelle Hilfen und technische Lösungen

Eine Besonderheit des Hilfebedarfs demenzerkrankter älterer Menschen liegt darin, dass der Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen liegt, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, die ausschließlich im Angebot von technischen Hilfen bestehen, um verloren gegangene Funktionen zu kompensieren, scheinen von vornherein ungeeignet. Aber auch ambulante Dienste, die auf zeitlich knapp bemessene Unterstützung bei der Verrichtung von Haushaltsaktivitäten und bei der Körperpflege ausgerichtet sind und zudem eher anonym, von häufig wechselndem Personal erbracht werden, können dem tatsächlichen Bedarf demenziell Erkrankter nicht gerecht werden. Ein erster Ansatz besteht deshalb darin, nicht nur zu fragen, welche Besonderheiten der personellen Betreuung erforderlich sind und welche räumliche Voraussetzungen und auch technische Hilfen die Bewältigung demenzieller Erkrankungen erleichtern, sondern auch, wie räumlich/technische Maßnahmen mit personellen Hilfen verknüpft werden können. Diese Herangehensweise ist in der Altenhilfe nicht neu, hat aber beim Umgang mit Demenz einen besonders hohen Wert. Aus dieser Sicht stellen allein lebende Demenzkranke, die nicht in ein familiäres oder außerfamiliäres Hilfenetz eingebunden sind, eine besondere Problemgruppe dar. Die Sammlung und Weiterentwicklung von Lösungsansätzen bezieht sich deshalb zunächst auf ältere Menschen, die in ein solches Hilfenetz eingebunden sind:

– ältere Menschen in „normalen“ Wohnungen, die mit Familienangehörigen oder sonstigen Bekannten in einem Haushalt zusammenleben,
– ältere Menschen in speziellen Wohnformen mit selbstständigen Wohnungen, wo ein Mindestmaß an Betreuung oder sozialen Kontakten gewährleistet ist (Betreutes Wohnen, gemeinschaftliches Wohnen).

Bei der ersten Gruppe steht die Frage im Mittelpunkt, wie Familien bzw. Gemeinschaften, die einen emotionalen Bezug zum Demenzerkrankten haben, geholfen werden kann. Bei der zweiten Gruppe geht es vor allem darum, wie eine Betreuung so organisiert werden kann, dass der notwendige emotionale Bezug zum Demenzkranken hergestellt werden kann. Beiden Gruppen gemeinsam sind die räumlichen Voraussetzungen einer selbstständigen Wohnung. Bei den „normalen“ Wohnungen müssen sich baulich/technische Maßnahmen eher auf einfache Lösungen beschränken, während bei speziellen Wohnanlagen auch aufwendigere elektronische Technologien von Interesse sind (z. B. „smart home“).

Bei allen Maßnahmen ist eine weitere charakteristische Eigenschaft demenzieller Erkrankungen zu beachten: Der Grad der Erkrankung und die Schwere der Symptome kann sehr unterschiedlich sein und verändert sich im Laufe der Zeit. Die Beurteilung der Tragfähigkeit einer Maßnahme muss also entsprechend dem Verlauf der Erkrankung mehrfach vorgenommen werden. Die Frage, ab wann die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr aufrechterhalten werden kann, ist noch schwieriger zu beantworten als bei somatischer Pflege.

3.3.5.2 Konzeptionelle Fragen

Ein Problem beim Umgang mit Demenzerkrankungen besteht darin, dass über das Krankheitsbild selbst noch vieles unbekannt ist und die Erscheinungsformen sehr vielfältig sind. Insbesondere befindet sich die Entwicklung von Bewältigungsstrategien noch ganz am Anfang. Hierzu ist ein intensiver Erfahrungsaustausch notwendig, weniger in Bezug auf eine weitere Differenzierung des Krankheitsbildes, sondern in einer Zusammenführung bereits vorhandener Bewältigungsstrategien. Dabei sollten konkrete Maßnahmen und deren praktische Umsetzung im Vordergrund stehen. Die Strukturierung derartiger Maßnahmenansätze soll von zwei Seiten her versucht werden.

Einschränkungsmerkmale und Besonderheiten des Verhaltens

Die bekannten Krankheitssymptome, die teilweise auch unterschiedlichen Schweregraden im Krankheitsverlauf entsprechen, werden mit typischen Handlungskonstellationen verknüpft, bei denen Einschränkungen bestehen und entsprechende Hilfen notwendig und möglich sind. So sind z. B. folgende Symptome von besonderem Interesse:

– Vergesslichkeit, zeitliche Desorientiertheit, Verlust von Gegenständen

– örtliche und situative Desorientierung (z. B. Verlust der Fähigkeit, mit Geld umzugehen)

– Verlust des Sprachvermögens, Inkontinenz, Verlust der Mobilität, Identitätsverlust (vgl. Radermacher 2001).

Bei der Konzipierung von Hilfen sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten, die eine entsprechende Anpassung der Bewältigungsstrategie erfordern, so z. B.:

– Verlust des Kurzzeitgedächtnisses bei (relativem) Erhalt des Langzeitgedächtnisses.

– Verlust der Fähigkeit komplexe Handlungen auszuführen, insbesondere bezüglich der richtigen Reihenfolge (Hilfen bezüglich der Handlungssequenz in kleinen Teilschritten).

– Störungen der visuellen Wahrnehmung (Hilfen bezüglich der – realitätsbezogenen – Wahrnehmbarkeit von Gegenständen).

– Nur kurzzeitiges Fokussieren der Aufmerksamkeit (Hilfen bezüglich der wiederholten Erinnerung an gegenwärtige Tätigkeit).

– Verlangsamung des Denkvermögens, insbesondere Störung des abstrakten und logischen Denkens.

– Motorische Unruhe, gestörter Gleichgewichtssinn, Einschränkungen der Feinmotorik, unkontrollierte Bewegungen (ausreichender Bewegungsraum, Schutz vor Verletzungen).

Im Unterschied zum Verlust kognitiver Fähigkeiten bleibt die emotionale Wahrnehmung weitgehend erhalten. Für Hilfen ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zu demenzkranken Menschen (Müller, D. 1999).

Handlungskonstellationen und Maßnahmefelder

Durch Demenz entsteht eine Reihe von Handlungskonstellationen, die in einer besonderen Weise problematisch sind. Hilfen beziehen sich sowohl darauf, möglichst viele der Alltagsaktivitäten im Haushalt auch weiterhin zu ermöglichen, wie auch darauf, zusätzliche krankheitsbedingte Aktivitäten zu ermöglichen und dabei auch die Bedürfnisse der Betreuungspersonen zu berücksichtigen, so z. B.

– Möglichst gefahrlose Weiterführung von Haushaltsaktivitäten, wie z. B. Badbenutzung, Bewegung in der Wohnung (motorische Einschränkungen in Verbindung mit unkontrollierten Bewegungen und auch mangelhaftes Gedächtnis).

  Technische Maßnahmen:

  Barrierefreiheit von Räumen, Einrichtungen und Geräten mit weitergehenden Anforderungen

  – bezüglich des Schutzes vor Verletzungen bzw. vor Unfällen: z. B. Vermeidung scharfer Kanten, Verbrühschutz, Herdsicherung

  – bezüglich der einfachen Bedienung: z. B.: Erkennbarkeit und Reduzierung der Funktionen

– Erleichterung der räumlichen Orientierung in der Wohnung und des Findens von Räumen und Gegenständen (in Verbindung mit der Vermeidung von Wahrnehmungsstörungen und Angstzuständen)

  Technische Maßnahmen:

  Verbesserung der Orientierbarkeit in der Wohnung

  – bezüglich der Erkennbarkeit von Räumen und Wegen: z. B. Glastüren, Türmarkierungen, Vereinfachung der Möblierung, Wegbeleuchtung, Merkzeichen.

  – bezüglich der Angstvermeidung: z. B. keine dunklen Sackgassen, helle und gleichzeitig warme Beleuchtung.

– Erleichterung der zeitlichen Orientierung bei der Durchführung von Haushaltsaktivitäten, Kompensation des Gedächtnisverlustes und Erinnerungshilfen

  Technische Maßnahmen:

  – Automatische Funktionen (Heizung, Beleuchtung etc.)

  – Orientierungshilfen (Kalender, Uhr, Bezug zu Jahreszeiten etc.)

  – Ritualisierte Handlungsabläufe und Erinnerungshilfen (Musik etc.)

– Vermeidung des „Weglaufens“ und damit verbundener Gefährdungen.

  Technische Maßnahmen:

  – Absperrsysteme, Signalsysteme, sanfte Vermeidungsmaßnahmen wie z. B. dunklerer Eingangsbereich

  – Schaffen sicherer Außenbereiche.

– Ermöglichung besonderer Aktivitäten

  Technische Maßnahmen:

  – Schaffen von Aktivitätszonen, in denen sich der demenzkranke Bewohner „ausleben“ und zu denen er eine emotionale Beziehung haben kann (z. B. Erinnerungsstücke).

  – Schaffen von eigenen Bereichen für Angehörige, um Störungen zu vermeiden und einen Rückzug zu ermöglichen (vgl. Auner 2001).

Diese und eine Reihe weiterer Maßnahmefelder müssen in die Arbeit im Rahmen der allgemeinen Aufklärung der Familien mit demenzkranken Angehörigen sowie in die Tätigkeit betreuender ambulanter Dienste und der Wohnberatung einbezogen werden. Im europäischen Rahmen gibt es hierfür Ansätze, insbesondere bezüglich der Verwendung moderner Technik (ASTRID group 2000).

3.3.5.3 Besonderheiten des Beratungsprozesses

Die Entwicklung eines Maßnahmekataloges für die Demenzbewältigung in der eigenen Wohnung löst nur einen Teil des Problems. Bereits bei der Anpassung der Wohnungen an körperliche Einschränkungen hat die Praxis gezeigt, welche entscheidende Rolle eine qualifizierte Beratung und praktische Unterstützung bei der Durchführung für den Erfolg baulich-technischer Maßnahmen haben. Dies betrifft das Erkennen des Problems, die Auswahl geeigneter Maßnahmen und Hilfsmittel und die Überwachung der fachgerechten Ausführung, genauso wie die Überzeugung der Bewohnerin bzw. des Bewohners und der Angehörigen vom Sinn der Maßnahme. Der Erfolg hängt davon ab, ob der Betroffene die Veränderung tatsächlich annimmt und zu seinem Vorteil nutzt. Dies ist bereits bei älteren Menschen ohne kognitive Einschränkungen ein häufig langwieriger Prozess, der viel Einfühlungsvermögen des Beraters erfordert. Auf Demenzkranke trifft das nicht nur in erhöhtem Maße zu, vielmehr müssen zum Teil völlig neue Beratungsstrategien entwickelt werden. So kann sich zum Beispiel das Beratungsgespräch mit den Betroffenen kaum auf rationale Argumente und logische Erklärungen stützen.

Zur Erfassung der Bedarfssituation sind Beratende viel mehr auf eigene Beobachtung, indirekte Fragen und Informationen Dritter wie Angehörige, Ärzte und Hilfsdienste angewiesen. Ein Problem besteht darin, dass eine gesicherte Diagnose häufig viel zu spät gestellt wird. Aber auch die Erklärung der Nutzung von Hilfsmitteln und veränderten Einrichtungen stößt allein wegen des eingeschränkten Kurzzeitgedächtnisses auf enge Grenzen. Eine besondere Herausforderung für Wohnberatende besteht darin, aufgrund der verfügbaren Informationen ein ausreichendes Verständnis für die Hintergründe der Krankheitssymptome zu erlangen, um überhaupt eine angemessene Bewältigungsstrategie entwickeln zu können. Hier steht die Wohnberatung noch ganz am Anfang.

Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass Demenzkranken häufig eine Einsicht in ihre tatsächlichen Einschränkungen fehlt. Wie wichtig das Erkennen von Primär- und Sekundärsymptomen ist, soll folgendes Beispiel demonstrieren:

Frau X, die wegen eines Gehproblems seit längerem einen Rollator braucht, kann plötzlich auch mit Hilfe nicht mehr aufstehen. Das Betreuungspersonal setzt daraufhin eine mechanische Aufstehhilfe ein und unterlässt auch die bisherigen Gehübungen. Mit der Hilfe ihrer Angehörigen kann Frau X aber nach wie vor stehen und gehen. Diese waren nämlich in der Lage, die entstandenen mit Angst verbundenen Gleichgewichtsprobleme durch emotionale Zuwendung und Zureden zu überwinden. Der vorschnelle Rückgriff auf eine technische Kompensation war eine Fehlentscheidung aufgrund mangelhaften Verständnisses der Problemursache. Die Folgen wären fatal gewesen: völliger Verlust von Eigenmobilität nach kurzer Zeit.

Zu solchen methodischen Fragen des Beratungsprozesses kommt ein eminent praktisches Problem: Wie viel Zeit steht für die Lösung eines Anpassungsfalles zur Verfügung und wie wird die Beratungsleistung finanziert? Wie qualifiziert sind Beratende und auch Betreuende? Diese Fragen sind schon bei der normalen Anpassung von Wohnungen Nicht-Demenzkranker ungelöst und stellen sich bei der Demenzbewältigung um so dringender. Amerikanischen Untersuchungen zufolge kann man davon ausgehen, dass der Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei der Wohnungsanpassung um so größer ist, je stärker die Kompetenz des Bewohners eingeschränkt ist, mit seiner Wohnumgebung zurechtzukommen (vgl. Gitlin 1998). Dies betrifft sowohl die erste Maßnahme als auch die Notwendigkeit und Häufigkeit weiterer Maßnahmen und deren Begleitung.

3.3.6 Die Arbeit von Wohnberatungsstellen als Möglichkeit zur Verminderung von wohnbezogenen Risiken und als Voraussetzung zu einer personen- und sachgerechten Wohnungsanpassung

Zunächst ist festzustellen, dass Einschränkungen Hochaltriger bei der Nutzung ihrer Wohnung nicht unmittelbar einen „leistungsauslösenden Tatbestand“ darstellen. Neben der Pflegekasse gibt es – bei Vorliegen eng begrenzter Anspruchsvoraussetzungen – folgende weitere Finanzierungsträger von Maßnahmen der Wohnungsanpassung: Krankenkasse (nur Hilfsmittel), Sozialamt, Versorgungsamt/Hauptfürsorgestelle, Unfall- oder Rentenversicherung, spezielle Länderprogramme, spezielle Förderprogramme der Kommunen.

Im Pflegeversicherungsgesetz gibt es die Leistung „Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes“ (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Der Medizinische Dienst soll im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit prüfen, ob Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes notwendig sind, wenn – wie es in § 40 Abs. 4 SGB XI heißt – „dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird“. Die Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes dürfen 5 000 DM (2 557 Euro) nicht übersteigen. Wird Pflegebedürftigkeit festgestellt, so kann der Pflegebedürftige entsprechende Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung bei der Pflegekasse beantragen. Wie intensiv die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes eine Prüfung der Wohnung vornehmen, ist bisher nicht dokumentiert. Eine vom KDA vor einiger Zeit für die Arbeit des Medizinischen Dienstes entwickelte Checkliste zum Aufdecken von Wohnungsmängeln und Vorschlägen zur Abhilfe dieser Mängel wird faktisch nicht genutzt.

Das Schlüsselproblem der Wohnumfeldverbesserung liegt im Bereich der Beratung vor der Veränderung der Wohnung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen können eine qualifizierte Beratung nur in Ausnahmefällen und bei relativ einfachen Mängeln leisten. Für eine differenzierte und fachgerechte Beratung wird in der Regel technischer Sachverstand erforderlich sein und eine Einweisung des Pflegebedürftigen im Umgang mit der veränderten Ausstattung. Dieser Sachverstand ist grundsätzlich in den inzwischen bundesweit mehr als 200 Wohnberatungsstellen vorhanden, deren Leistungen im Prinzip von jeder Bürgerin und jedem Bürger in Anspruch genommen werden können. Eine Wohnberatung wird in der Regel dann eingeleitet, wenn entweder von der betroffenen Person (bzw. von Bezugspersonen) ein Beratungserfordernis gesehen wird, im Rahmen eines ärztlichen Hausbesuches oder im Rahmen der Tätigkeit ambulanter Dienste eklatante Wohnungsmängel festgestellt werden.

Obwohl es plausibel erscheint, dass die Wohnberatung dann am meisten bewirken kann, wenn sie präventiv erfolgt, wird sie am häufigsten nur bei „akutem Bedarf“ nachgefragt. Dann sollte sie freilich selbstverständlich sein. Doch das „Netz“ der Wohnberatungsstellen ist bisher äußerst dünn, sieht man von der Situation in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ab.

Doch immerhin sind seit 1987 ca. 200 Wohnberatungsstellen in Deutschland entstanden, die ältere Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen bei der Erhaltung ihrer selbstständigen Lebensführung beraten. Ca. 60 % der Rat Suchenden von 40 Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen sind pflegebedürftig nach SGB XI. Durch die Erhaltung der Selbstständigkeit können Pflegeleistungen in signifikantem Ausmaß eingespart werden. Untersuchungen der Universität Bielefeld haben gezeigt, dass professionell organisierte Beratungsstellen ein Einsparpotenzial bezüglich weitergehender Pflegeleistungen oder Heimunterbringung in Höhe von über 300 000 DM (153 388 Euro) pro Beratungsstelle und Jahr erwirtschaften (Niepel 1998, 1999).

Die Beratungsstellen befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft: Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Verbraucherorganisationen, Betroffenenverbände, Architektenkammern und andere freigemeinnützige Träger übernehmen Beratungsaufgaben im Rahmen von freiwilligen Leistungen. Die Erfolge, die Arbeitsweisen und die Akzeptanz der Wohnberatungsstellen sind inzwischen vielfach dokumentiert. Nicht zuletzt auf diesen vorliegenden Erfahrungen baut auch das Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf.

Ursache der noch relativ geringen Zahl der Wohnberatungsstellen ist deren unsichere Finanzierung. Denn während z. B. die Finanzierung der Anpassungsmaßnahmen bzw. der Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durch die Pflegekasse bis zu einem Betrag von 5 000 DM (2 557 Euro) je Maßnahme (bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI) gesichert ist, ist die im Vorfeld notwendige Beratung in der Regel keine mit der Pflegekasse abrechenbare Leistung.

In den meisten Bundesländern werden die Kosten der Beratungstätigkeit im Wesentlichen von den Trägern der Beratungsstellen selbst aufgebracht, die wiederum von unterschiedlichen Stellen finanzielle Unterstützung erhalten können, insbesondere von Kommunen. Nur in wenigen Fällen beteiligt sich auch das Land. Eine Refinanzierung der Beratungsstellen durch Gebühren wird zwar versucht, dies deckt aber nur einen Bruchteil der Kosten einer Beratungsstelle (Ergänzungsfinanzierung). In jedem Fall muss also der Hauptanteil der Beratungskosten (Basisfinanzierung) in irgendeiner Weise subventioniert werden.

3.3.7 Sicherstellung der Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen in der Wohnberatung durch eine angemessene Finanzierung

Mit Einführung der Pflegeversicherung können zwar Anpassungsmaßnahmen in den Wohnungen Pflegebedürftiger von der Pflegekasse finanziert werden. Eine Finanzierung der Beratungsstellen ist allerdings nicht vorgesehen. Um sicherzustellen, dass die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen wirkungsvoll eingesetzt werden, ist aber eine individuelle, qualifizierte Wohnberatung unverzichtbar. Dies bezieht sich sowohl auf die Klärung des tatsächlichen Bedarfs und auf die Auswahl angemessener Produkte bzw. Maßnahmen als auch auf die Unterstützung der Bewohner bei der Durchführung. Ohne eine solche Beratung ist die Wirkung der eingesetzten Geldmittel für Maßnahmen in mehrerlei Hinsicht infrage gestellt: Notwendige Maßnahmen werden gar nicht durchgeführt, obwohl sie zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit bzw. zur Ermöglichung der häuslichen Pflege dringend erforderlich wären. Maßnahmen werden zwar durchgeführt, treffen aber gar nicht den Kern des Problems, vernachlässigen wichtige Bereiche, oder es werden ungeeignete Lösungen bzw. Produkte eingesetzt. Dies kann durchaus zur Bewilligung teurer Maßnahmen führen, die weniger geeignet sind als preiswerte. Schließlich beweist sich die Wirksamkeit einer Maßnahme erst darin, dass der ältere Mensch sie annimmt und tatsächlich nutzt. Hierfür ist neben der „richtigen“ Lösung eine Beteiligung des älteren Menschen beim Planen der Maßnahmen hilfreich. Häufig ist hierbei auch Überzeugungsarbeit notwendig. In vielen Fällen ist zudem eine Einweisung in den Gebrauch erforderlich.

Modelle für eine Beteiligung der Pflegekassen in den Beratungsstellen

Modell 1

Pflegekasse zahlt keine Beratungskosten.

Dieses 1. Modell ist bisher der Normalfall.

Die Pflegekassen erkennen zwar die Notwendigkeit einer qualifizierten Beratung. In vielen Fällen arbeiten sie auch mit Wohnberatungsstellen zusammen, sehen aber im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen keine Möglichkeit, diese Beratung zu finanzieren.

Modell 2

Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten, aber nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen.

In wenigen Bundesländern wurden Regelungen erzielt, dass sich die Pflegekasse an den Beratungskosten beteiligt, die bei ihrem Klientel im konkreten Fall entstehen. Hierfür wurden fallbezogene Beratungspauschalen vereinbart, die nach Aufwand gestaffelt sind (so z. B. in Baden-Württemberg und neuerdings auch in Nordrhein-Westfalen). Allerdings – und das ist eine erhebliche Einschränkung dieses 2. Modells – wird diese Beratungspauschale nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen (Höchstbetrag 5 000 DM/2 557 Euro) gewährt. Das heißt zum Beispiel, dass für Maßnahmen, die 5 000 DM/ 2 557 Euro) und mehr kosten, die Erstattung durch die Pflegekasse um so geringer ausfällt, je höher die Beratungspauschale ist. Nur bei Maßnahmen mit geringen Kosten (unter 5 000 DM/2 557 Euro) erhält der Klient bzw. die Klientin die vollen Leistungen. Trotz dieser Einschränkung dieses Modells wäre es bereits ein Fortschritt, wenn es in allen Bundesländern angewendet würde.

Modell 3

Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten zusätzlich zur Maßnahmeleistung.

Gerade bei aufwendigeren Maßnahmen ist häufig auch der Beratungsaufwand hoch. Hier entsteht also ein Konflikt zwischen dem Interesse der Klientinnen und Klienten an einer möglichst hohen finanziellen Unterstützung für die Maßnahme und ihrem Bedarf an Beratung. Deshalb wäre es wünschenswert, dass solche Fallpauschalen für Beratungskosten zusätzlich zu den Leistungen für Maßnahmen erstattet werden. Dies ist ein Modell, das bisher noch nicht praktiziert wird. Für eine Anwendung müssten die gesetzlichen Grundlagen erst geschaffen werden.

Modell 4

Die Pflegekasse zahlt einen pauschalen Anteil der Kosten einer Beratungsstelle.

In einem Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen wurde im ursprünglichen Ansatz eine wesentlich weitergehende Regelung getroffen. Die Kosten der Beratungsstellen wurden pauschal finanziert. Dies hat zwei wesentliche Vorteile gegenüber einer fallbezogenen Finanzierung: Es kann auch ein Klientel beraten werden, das nicht pflegebedürftig ist, das heißt, die Beratung kann auch prophylaktisch eingesetzt werden. Zudem können wichtige Aufgaben der Beratungsstelle finanziert werden, die nicht fallbezogen sind. An erster Stelle ist hier die Öffentlichkeitsarbeit zu nennen. In Nordrhein-Westfalen erfolgte diese pauschale Kostenregelung in Form einer so genannte Pool-Finanzierung, an der sich zu je einem Drittel das Land, die jeweilige Kommune und die Pflegekasse beteiligten.

Dieses 4. Modell für die Beteiligung der Pflegekassen konnte allerdings in Nordrhein-Westfalen nicht in eine Regelfinanzierung überführt werden. Zwar bleibt es bei der Pauschalfinanzierung durch Land und Kommune. Zum restlichen Drittel tragen aber die Pflegekassen ab Januar 2001 nur noch in Form von Fallpauschalen und nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen (siehe Modell 2) bei. Ein Grund für diese Einschränkung ist eine fehlende gesetzliche Regelung, die nur auf Bundesebene getroffen werden könnte.

Ansätze für gesetzliche Regelungen

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) wurde in das SGB XI eine Ergänzung bezüglich der Beratungsaufgaben der Pflegekassen aufgenommen. So ist es den Pflegekassen nun gemäß § 7 Abs. 4 SGB XI gestattet, zur Wahrnehmung ihrer Beratungspflichten sich aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen. Die rechtliche Möglichkeit für die Mitfinanzierung von Beratungsstellen durch die Pflegekassen ist nun somit gegeben. Allerdings erscheint durch den Zusatz, dass eine solche Mitfinanzierung nur aus den Verwaltungsmitteln der Pflegekassen erfolgen soll, eine praktische Anwendung auf die Wohnberatungsstellen erheblich erschwert. Für eine wirkungsvolle Mitfinanzierung von Beratungskosten nach Modell 3 oder – besser – nach Modell 4 müsste die Finanzierung der durch andere Träger im Dienste der Pflegeversicherung erbrachte Beratung als eigenständige Leistung der Pflegekassen rechtlich verankert werden.

Eine Beteiligung der Pflegekassen an den Kosten der Wohnberatung liegt nicht nur im Interesse der betroffenen älteren Menschen, sondern auch im Interesse der Pflegekassen. Das Argument der damit verbundenen Kosten ist kaum stichhaltig, weil die Erschwernisse und Folgen mangelhafter Wohnverhältnisse für die Pflegekassen – und andere Kostenträger – viel höhere Kosten verursachen.

3.3.8 Fazit

Hochaltrigkeit birgt ein erhebliches Risiko, die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr zu bewältigen. Für ein besseres Verständnis der im hohen Alter auftretenden Wohnprobleme sind in Deutschland Daten mit einer stärkeren Altersdifferenzierung erforderlich.

Im Prinzip besteht für jeden die Möglichkeit, während der Phase des „jungen Alters“ die Wohnsituation so zu verändern, dass sie auch den Anforderungen bei Hochaltrigkeit besser gerecht wird: Anpassung der Wohnung, Umzug, Aufbau und Pflege sozialer Netze, Wahl von entsprechenden Wohnformen. Diese Art von Prävention wird vermutlich in Zukunft eine größere Rolle spielen und sollte entsprechend unterstützt werden.

Werden solche präventiven Maßnahmen nicht ergriffen, bleibt die Frage, wie Problemen der Hochaltrigkeit in der bestehenden Wohnung begegnet werden kann. Die wichtigsten Maßnahmen liegen sicher im ausreichenden Angebot von Hilfe, Betreuung und Pflege sowie in der Unterstützung sozialer Netze. Gerade im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen stellt sich die bereits im Zweiten Altenbericht diskutierte Frage, inwieweit ein auf abrechenbare (pflegerische) Leistungen reduziertes Angebot der ambulanten Dienste ausreicht, um dem besonderen Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Ein zweiter Maßnah-

mebereich besteht in der Anpassung der räumlichen Wohnbedingungen in der Wohnung und auch im Wohnumfeld.

Die individuelle Anpassung der Wohnung älterer Menschen ist zwar vom Prinzip her am wirkungsvollsten, wenn sie präventiv erfolgt. Die Praxis zeigt allerdings, dass solche Maßnahmen oft erst dann durchgeführt werden, wenn massive Probleme bei der Bewältigung des Alltags eingetreten sind. So ist der Anteil der hochaltrigen Rat Suchenden bei den Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen überdurchschnittlich hoch. Durch das Konzept der individuellen Beratung kann zwar grundsätzlich auf besondere Bedarfe Hochaltriger eingegangen werden. Es wurde aber noch nicht untersucht, inwiefern für diese Altersgruppe besondere Formen der Wohnungsanpassung und Beratung erforderlich sind. Auch bezüglich der speziellen Möglichkeiten und Grenzen solcher Interventionen bei Demenzkranken sind weitergehende Überlegungen dringend erforderlich (vgl. z. B. Nowack et al. 2000).

Zurzeit gibt es nur in zwei Bundesländern (den Flächenstaaten Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg) eine größere Zahl von Wohnberatungsstellen. Notwendig erscheint ein weiterer Ausbau zu einer in allen Bundesländern verfügbaren wohnortnahen Infrastruktur von Wohnberatungsstellen mit gesicherter Finanzierung.

Aus den oben angeführten Gründen hält die Kommission einen Ausbau der Wohnberatung für ältere Menschen für dringend erforderlich. Durch eine systematische und qualitätsvolle und damit effektive Wohnberatung können wohnbezogene Risiken vermindert oder ausgeschaltet werden. Dadurch kann der in der Regel gewünschte Verbleib in der eigenen Wohnung auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – selbstverständlich unter Voraussetzung der Sicherstellung persönlicher Hilfen durch Angehörige, freiwillige Helferinnen und Helfer und ambulante Dienste – erhalten bzw. verlängert werden.

3.4 Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

Dieses Kapitel befasst sich mit sozialen Risiken im Leben Hochaltriger. Es wird gezeigt, dass Menschen in den höchsten Lebensjahren im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger von kritischen sozialen Lebensereignissen betroffen sind. Sie müssen Verluste im sozialen Netzwerk, bedingt durch den Tod des Partners bzw. der Partnerin, eigener Kinder, naher Angehöriger oder Freunde bewältigen. Sie müssen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eher damit rechnen, dass ihre Potenziale nicht mehr reichen, um die eigene Haushaltsführung aufrechtzuerhalten und den Umzug in ein Heim meistern. Sie machen Erfahrungen mit Altersdiskriminierung und haben Angst vor Gewalt im Kontext zunehmender Abhängigkeiten von der Hilfe Fremder oder fortschreitender Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeiten. Aus solchen Situationen und Lebenskonstellationen können soziale Isolation und Gefühle von Einsamkeit entstehen. Sie bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden Hochaltriger.

3.4.1 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter

In einzelnen Parametern des subjektiven Wohlbefindens, z. B. bei der positiven emotionalen Befindlichkeit sehr alter Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen zeigen sich negative Veränderungen. Darüber hinaus sind Ältere vergleichsweise häufiger der Ansicht, an ihren Problemen nichts mehr ändern zu können (Smith, J. & Baltes 1996; Noll & Schöb 2001) (vgl. Tabelle 3-19).

Demgegenüber stehen aber auch Befunde, denen zufolge Hochaltrige trotz vielfacher Verlusterfahrungen, Einschränkungen und Problemsituationen über ein hohes Maß an allgemeinem Wohlbefinden verfügen. So fühlen sich noch 87 % der über 70-jährigen Westdeutschen und 82 % der gleichaltrigen Ostdeutschen sehr bzw. ziemlich glücklich. Ältere geben zwar damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwas häufiger an, unglücklich zu sein; in Westdeutschland sind dies in der höchsten Altersgruppe 13 und in Ostdeutschland 19 %. Doch ist es erstaunlich, dass das Glücklich sein, als Ausdruck emotionalen Wohlergehens auch für die überwiegende Zahl der Hochaltrigen zutrifft (Noll & Schöb 2001) (vgl. Tabelle 3-20).

Solche Ergebnisse verweisen nicht nur auf die Heterogenität des Lebens in den hohen Altersjahren, sondern geben auch Anlass zu vermuten, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Ressourcen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse mobilisieren können, um ihre Lebenssituation zu stabilisieren und in jeder Phase des Lebens eine individuell angemessene Qualität herzustellen.

Tabelle 3-19

Anomiesymptome[1], 1998

Anomiesymptome (in %)	Gesamt*		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Heutige Schwierigkeiten nicht veränderbar	*68*	*77*	*72*	*78*	*69*	*86*	*84*	*87*
Leben ist heute so kompliziert geworden	*14*	*22*	*13*	*17*	*14*	*29*	*23*	*38*
Keine Zukunftszuversicht	*32*	*45*	*16*	*52*	*38*	*43*	*39*	*48*

* Befragte ab 18 Jahren.
[1] Anteile derer, die mit „stimmt ganz und gar“ oder „stimmt eher“ geantwortet haben.
Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

3.4.2 Strukturen des sozialen Netzwerkes im hohen Alter

Nachfolgend werden die objektiven Potenziale sozialer Integration im hohen Lebensalter mithilfe von Daten der sozialen Netzwerke beschrieben und gezeigt, dass hochaltrige Menschen spezifische Verluste im sozialen Netz bewältigen müssen.

Ende 2000 lebten in Deutschland rund drei Mio. Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Sie hatten damit einen Anteil von 3,5 % an der Gesamtbevölkerung. In den nächsten 20 Jahren wird sich Vorausberechnungen zufolge dieser Anteil beinahe verdoppeln auf 6,6 %. Drei Viertel der Hochaltrigen sind Frauen.

3.4.2.1 Haushalte Hochaltriger

Mindestens 85 % der hochaltrigen Menschen leben im eigenen Haushalt oder im Privathaushalt von ihnen nahe stehenden Personen. Hochaltrige in Privathaushalten wohnen mit zunehmendem Alter allein in ihrem Haushalt. Von den 70- bis unter 75-Jährigen sind es 31,8 %, von den 75- bis unter 80-Jährigen 46,0 % und von den über 80-Jährigen 60,1 %.

3.4.2.2 Elternschaft Hochaltriger

Die große Mehrzahl sehr alter Menschen hat Kinder. Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys[26] haben nur 14 % der 70- bis 85-Jährigen und nur 12,5 % der 55- bis 69-Jährigen in Privathaushalten wohnenden Menschen keine Kinder[27] (Kohli & Künemund 1999). Da die 40- bis 54-Jährigen noch etwas seltener kinderlos sind (11,8 %) und der Anteil derer mit mindestens zwei Kindern über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg relativ konstant ist, wird sich an dem Vorhandensein erwachsener Kinder als familiale Ressource in den nächsten zwei Jahrzehnten nur wenig ändern (Künemund & Hollstein 2000).

Die Tabelle 3-21 gibt Auskunft über die Wohnentfernung zwischen Eltern und dem nächstwohnenden Kind außerhalb des eigenen Haushalts. Besonders deutlich wird, dass

[26] Der Alters-Survey ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von der Forschungsgruppe „Altern und Lebenslauf“ der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Prof. Martin Kohli durchgeführte repräsentative Interview-Erhebung mit knapp fünftausend Befragten der Geburtsjahrgänge 1911 bis 1956.

[27] Einschl. Kinder des (Ehe-)Partners, Pflege- und Adoptivkinder.

Tabelle 3-20

Glücksempfinden, 1998

Glücksempfinden (in %)	Gesamt[1]		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Sehr glücklich	*20*	*16*	*17*	*16*	*18*	*17*	*16*	*10*
Ziemlich glücklich	*72*	*72*	*76*	*71*	*72*	*72*	*71*	*72*
Ziemlich unglücklich	*8*	*11*	*6*	*11*	*10*	*11*	*13*	*17*
Sehr unglücklich	*1*	*1*	*1*	*3*	*0*	–	*0*	*2*

[1] Befragte ab 18 Jahren.
Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Tabelle 3-21

Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996

	40–54 Jahre	55–69 Jahre	70–85 Jahre	Gesamt
Entfernung zum nächstwohnenden Kind:				
Im gleichen Ort oder näher	*89,9 %*	*74,7 %*	*67,8 %*	*80,5 %*
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	*7,7 %*	*18,9 %*	*22,8 %*	*14,4 %*
weiter entfernt	*2,4 %*	*6,4 %*	*9,4 %*	*5,1 %*
Entfernung zum nächstwohnenden Elternteil:				
Im gleichen Ort oder näher	*48,2 %*	*53,1 %*	*(47,5 %)*	*49,2 %*
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	*34,9 %*	*28,2 %*	*(12,3 %)*	*33,4 %*
weiter entfernt	*16,9 %*	*18,7 %*	*40,2 %*	*17,4 %*

In Klammern gesetzte Angaben: ungewichtete Fallzahl • •35.
Quelle: Kohli & Künemund 2000: 186 – Alters-Survey 1996.

mit zunehmendem Alter der Eltern auch die Wohndistanzen größer werden.

Mit dem Erreichen eines sehr hohen Lebensalters geraten immer mehr Eltern in die kritische Situation, den Tod des eigenen Kindes miterleben zu müssen. Die Auswertung des Alters-Surveys 1996 zur Frage, wie viele ältere und hochaltrige Menschen, die Kinder hatten, bereits den Tod mindestens eines ihrer Kinder erleben mussten (ohne Kinder, die bereits bei oder kurz nach der Geburt gestorben sind), ergab, dass 12,2 % der 80- bis 85-Jährigen ein solches kritisches Lebensereignis erfahren haben (vgl. Tabelle 3-22).

Tabelle 3-22

Anteil der Personen im Alter von 60 bis 85 Jahren, die den Tod mindestens eines ihrer Kinder erlebt hatten, 1996

Alter der Befragten (in Jahren)	Anteil der Befragten mit verstorbenen Kindern (nur Befragte, die jemals Kinder hatten)
60–69	*5,2 %*
70–79	*8,9 %*
80–85	*12,2 %*

Quelle: Eigene Berechnungen aus Daten des Alters-Surveys, Welle 1.

Entsprechend den Ergebnissen der Berliner Alterstudie gibt es auch einen nicht zu vernachlässigenden Teil alter Menschen, deren Kinder bereits alle verstorben sind. Die Wahrscheinlichkeit, den Tod des eigenen Kindes mitzuerleben steigt mit dem Alter der Eltern an (vgl. Abbildung 3-9).

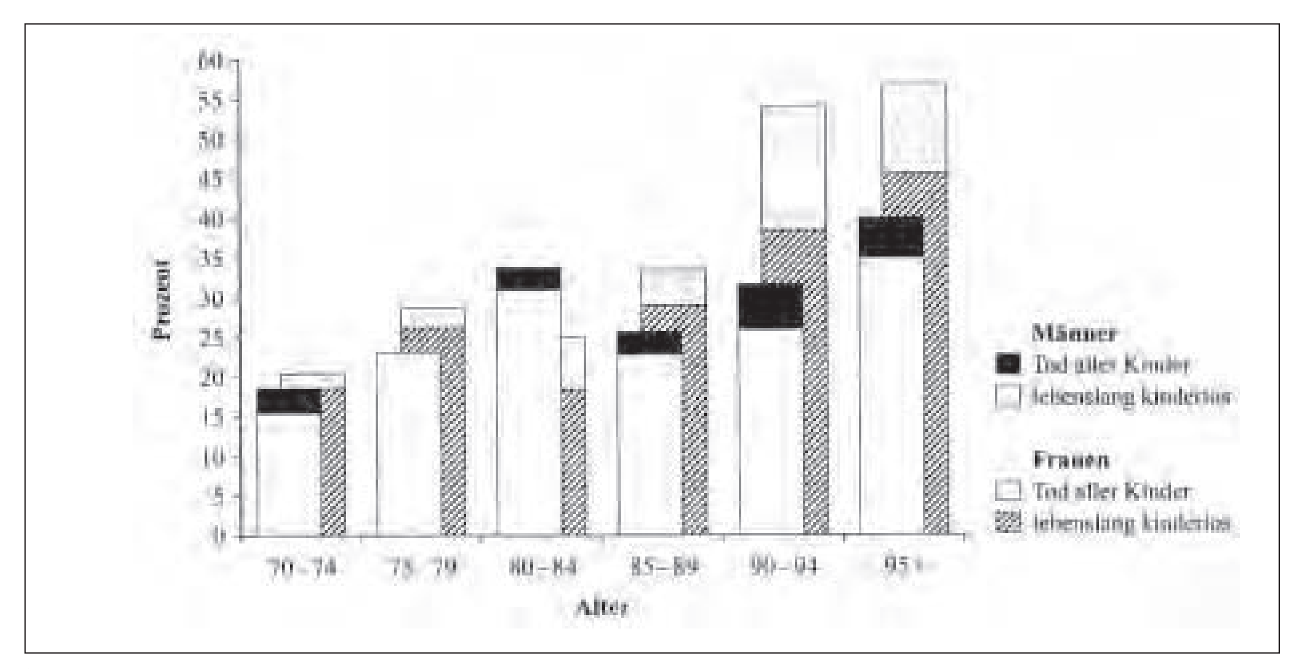
3.4.2.3 Geschwister, entfernte Verwandte und Freunde Hochaltriger

Zu den sozialen Netzwerken alter Menschen gehören auch deren meist aus der gleichen Generation stammenden Geschwister, Verwandte und Freunde. In der Berliner Altersstudie gaben etwas weniger als die Hälfte der befragten Frauen und Männer an, mindestens ein lebendes Geschwister zu haben. Allerdings nimmt der Anteil alter Menschen, die keine Geschwister mehr haben, von Altersgruppe zu Altersgruppe zu. Während die Hälfte der 70- bis 74-Jährigen mindestens ein Geschwister hat, sind es bei den 95-Jährigen und Älteren nur noch 15 %. Da die überwiegende Zahl der Frauen und Männer aber Geschwister hatten, gehört die Erfahrung, alle Geschwister zu überleben, zu einem weit verbreiteten Lebensereignis der hohen Lebensjahre (Wagner et al. 1996).

Im Gegensatz zum familialen Beziehungsnetz beruhen Freundschaften auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Mit dem Übergang in den Ruhestand können beruflich begründete Freundschaften an Bedeutung verlieren, zugleich bietet sich aber auch ein zeitlicher Freiraum zur Pflege alter oder zum Aufbau neuer Freundschaften.

Abbildung 3-9

Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach dem Alter der Teilnehmer der Berliner Altersstudie[1]



[1] Aktuelle Kinderlosigkeit bedeutet, dass die Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung keine (lebenden) Kinder hatten. Lebenslange Kinderlosigkeit liegt vor, wenn die Befragten nie Kinder hatten.

Quelle: Wagner et al. 1996: 308.

Die folgenden Indikatoren zu sozialen Beziehungen wie Partnerschaft und Freundschaften, Wahrnehmung von Kontaktmöglichkeiten und Kontakthäufigkeit erfassen objektive Bedingungen des sozialen Beziehungsnetzes, die auf das Maß sozialer Isolation im Alter schließen lassen (vgl. Tabelle 3-23).

Der Anteil derjenigen, die angeben, keine engen Freunde zu haben, ist in der ältesten Gruppe am höchsten: Jeweils 28 % der über 70-Jährigen in beiden Landesteilen berichten, keine engen Freunde zu haben. In Ostdeutschland ist der Anteil derjenigen, die keine Freunde haben, auch schon in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen mit 22 % überdurchschnittlich hoch. Die durchschnittliche Anzahl der engen Freunde nimmt mit dem Alter in beiden Landesteilen ab.

In der sinkenden Anzahl von engen Freunden können sich verschiedene Effekte widerspiegeln. Zum einen mag die Häufung von todesbedingten Verlusten von Freundschaftsbeziehungen im hohen Alter eine Ursache sein. Zum anderen könnte dahinter auch eine prinzipielle Aufgabe von Freundschaftsbeziehungen im Alter stehen. Zieht man zum Vergleich Daten des Wohlfahrtssurveys heran, so lassen sich aber auch mögliche Kohorteneffekte nicht ausschließen. Von 1978 auf 1998 hat sich der Anteil älterer Menschen ohne enge Freunde reduziert, und Freundschaftsbeziehungen haben sich insgesamt ausgeweitet. Während 1978 in Westdeutschland 50 % der über 70-Jährigen angab, keine enge Freunde zu haben, sind dies 1998 nur noch 28 %. Gleichzeitig hat sich der Anteil derjenigen, die zwei oder mehr enge Freunde haben, in dieser Altersgruppe von 48 % (1978) auf 66 % (1998) erhöht.

Auch wenn das Freundschaftsnetz im Alter kleiner wird, nimmt die Intensität der Freundschaften gemessen an der Häufigkeit des Treffens mit Freunden keineswegs ab. Im Gegenteil, die über 70-Jährigen treffen sich mit ihren Freunden sogar häufiger als das in den beiden anderen hier ausgewiesenen Altersgruppen der Fall ist (Noll & Schöb 2001) (vgl. Kap. 4.3).

3.4.2.4 Lebensgemeinschaften

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts gab es 1999 rund 145 000 in gemeinsamen Privathaushalten wohnende nichteheliche Lebensgemeinschaften, bei denen der Mann oder die Frau 65 Jahre und älter war. 121 000 Männer (2,3 %) und 99 000 Frauen dieses Alters (1,2 %) lebten in einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft (Quelle: Statistisches Bundesamt 2001d, eigene Berechnungen). Entsprechende Angaben für die Bevölkerung ab 80 Jahren liegen nicht vor. Der Anteil nicht ehelicher Lebensgemeinschaften bei Hochaltrigen dürfte jedoch noch etwas geringer sein. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in Zukunft der Anteil nicht verheirateter Paare, als Fortsetzung einer in jüngeren Jahren geschlossenen Lebensform, auch unter der älteren Bevölkerung zunimmt.

3.4.2.5 Familienstand Hochaltriger, Verwitwung, Scheidungen und Wiederverheiratung

Die Unterschiede im Familienstand sind zwischen den Geschlechtern und den einzelnen Altersgruppen auffällig (vgl. Tabelle 3-24, Seite 96). Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der Tatsache, dass bei Ehepaaren die Frau meist jünger ist als der Mann, haben verheiratete Frauen im Durchschnitt ein weit höheres Verwitwungsrisiko als verheiratete Männer. Ältere Männer leben auch im hohen Alter noch mehrheitlich mit ihrer Ehefrau zusammen, während von den Frauen mit zunehmendem Alter immer mehr allein wohnen.

Darüber hinaus zeigen sich in den Familienstandsstrukturen der älteren Geburtskohorten die kumulativen Effekte des Ersten und Zweiten Weltkriegs. Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie (BASE) waren aufgrund des Krieges ca. 20 bis 25 % der 1887 bis 1922 geborenen Frauen verwitwet. Die Folgen der Weltkriege waren und sind evident für den Familienstand (Maas et al. 1996).

Tabelle 3-23

Familiale und außerfamiliale soziale Kontakte, 1998

	Gesamt*		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
(Ehe-)Partner/in (in %)	*70*	*72*	*84*	*83*	*83*	*85*	*44*	*44*
Keine Freunde (in %)	*14*	*15*	*15*	*10*	*17*	*22*	*28*	*28*
Anzahl der Freunde (Ø)	*3,5*	*3,6*	*3,5*	*3,8*	*3,5*	*3,4*	*3,0*	*2,9*
Gute Kontaktmöglichkeiten (in %)	*81*	*73*	*83*	*72*	*83*	*76*	*71*	*57*
Treffen mit Freunden (täglich, in %)	*13*	*14*	*9*	*11*	*9*	*7*	*14*	*19*

* Befragte ab 18 Jahre.
Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Mit dem Lebensalter steigt das Risiko der Verwitwung an und nimmt insbesondere in der höchsten Altersgruppe drastisch zu. Bereits ab dem 70. Lebensjahr sind 40,1 % der Frauen verwitwet, dagegen nur 11 % der Männer. Erst nach dem 80. Lebensjahr sind auch die Männer zu einem Drittel von der Verwitwung betroffen. In diesen Altersjahren sind allerdings bereits 78,4 % aller Frauen Witwen. Das Schicksal der Verwitwung trifft Frauen 3 bis 4 mal häufiger als Männer (Müller-Daehn & Fooken 1993: 292). Nur wenige verheiratete Frauen werden nicht eines Tages Witwe. Das Durchschnittsalter des Partnerverlustes liegt für Männer zurzeit bei 77 Jahren, während das häufigste Verwitwungsalter der Frauen 72 Jahre beträgt (Fooken 1999: 226). Witwen müssen damit rechnen, ihren Ehemann um durchschnittlich 14 bis 15 Jahre zu überleben. (Müller-Daehn & Fooken 1993: 293).

Die Zahl der Geschiedenen ist im hohen Alter verglichen mit jüngeren Senioren und Seniorinnen gering (vgl. Tabelle 3-24). Den heutigen Trends bei den Ehescheidungen lässt sich allerdings eine Tendenz zu späteren Trennungen entnehmen. Folgende Indikatoren sprechen dafür, dass in Zukunft auch unter den Älteren mehr Geschiedene leben:

– Leichter Anstieg der durchschnittlichen Ehedauer bei der Scheidung;
– Zunahme der Scheidungshäufigkeit langjähriger Ehen: „1995 war das Scheidungsrisiko zwischen dem 20. und 30. Ehejahr in etwa doppelt so hoch wie 1980“ (Dorbritz & Gärtner 1998: 431);
– Anstieg des durchschnittlichen Alters bei der Scheidung.

Der Anteil der bis 25 Jahre nach der Eheschließung mit Scheidung endenden Ehen steigt. Beim Heiratsjahrgang 1950 waren es 10,4 %. Für den Heiratsjahrgang 1990 wird mit 36 % gerechnet (Dorbritz & Gärtner 1998).

Auch bei der Frage der Wiederverheiratung lassen sich neue Tendenzen erkennen, die sich möglicherweise in ihrer Konsequenz auch für die zukünftigen Lebenskonstellationen in den hohen Lebensjahren auswirken. Betrachtet man die Eheschließenden nach dem bisherigen Familienstand, fällt auf, dass der Anteil derer, die nach ei-

Tabelle 3-24

Familienstand von Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen, Deutschland, 1999

Familienstand	Alter und Geschlecht					
	70–74 Jahre		75–79 Jahre		80 Jahre und älter	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ledig	*7,3 %*	*3,0 %*	*8,0 %*	*2,5 %*	*6,4 %*	*2,7 %*
Verheiratet zusammenlebend	*46,6 %*	*81,6 %*	*29,4 %*	*76,1 %*	*10,5 %*	*58,9 %*
Verheiratet getrenntlebend	*1,2 %*	*1,4 %*	*1,1 %*	*1,3 %*	*1,1 %*	*1,7 %*
Verwitwet	*40,1 %*	*11,3 %*	*56,9 %*	*17,9 %*	*78,4 %*	*34,8 %*
Geschieden	*4,8 %*	*2,6 %*	*4,7 %*	*2,1 %*	*3,6 %*	*1,7 %*

Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden – Mikrozensus.

Tabelle 3-25

Eheschließende nach bisherigem Familienstand (in Prozent)

Jahr	Männer			Frauen		
	ledig	verwitwet	geschieden	ledig	verwitwet	Geschieden
1960	*85,8*	*4,9*	*9,3*	*89,1*	*3,6*	*7,3*
1970	*83,9*	*4,6*	*11,5*	*85,9*	*3,0*	*11,0*
1980	*80,8*	*3,1*	*16,1*	*82,0*	*2,3*	*15,7*
1990	*77,8*	*2,3*	*19,9*	*78,1*	*1,5*	*20,4*
1998	*75,0*	*2,3*	*22,7*	*73,6*	*1,4*	*25,0*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000d.

ner Verwitwung wieder heiraten, seit 1960 ständig zurückgeht, demgegenüber die Zahl der wiederheiratenden Geschiedenen beständig steigt (vgl. Tabelle 3-25). Darüber hinaus steigt auch das durchschnittliche Wiederheiratsalter Verwitweter und Geschiedener seit 1990 für beide Geschlechter bis 1998 an (vgl. Tabelle 3-26).

3.4.2.6 Zukünftige Entwicklung der Lebensformen Hochaltriger

Eine Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) vermittelt einen Eindruck von der voraussichtlichen Entwicklung der Lebensformen im vierten Lebensalter in den nächsten Jahrzehnten.

Die Struktur der Lebensformen hochaltriger Männer und Frauen wird sich verändern. Bei den Männern wird der Anteil allein lebender Lediger und Geschiedener zunehmen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung geht aber der Anteil der allein lebenden Witwer nach den Schätzungen des BiB von 30 auf 19 % zurück. Es kommt bei den hochaltrigen Männern, die allein leben zu einer teilweisen Umschichtung von den Verwitweten zu den Ledigen und Geschiedenen. Prozentual nimmt zwar die Zahl der im Heim lebenden alten Männer nur wenig zu, absolut wird ihre Zahl aber kräftig steigen (vgl. Tabelle 3-27).

Bei den hochaltrigen Frauen wird der Anteil allein lebender Witwen erheblich zurückgehen. Auch der Anteil der allein lebenden ledigen und geschiedenen Frauen nimmt bis 2020 kaum zu. Unter den Frauen über dem 80. Lebensjahr wird es in Zukunft also wesentlich weniger Allein lebende geben. Umgekehrt wird der Anteil der Frauen mit Ehemann oder Lebenspartner in den nächsten 20 Jahren bei den Hochaltrigen auf das Zweieinhalbfache steigen. Der Anteil der in stationären Einrichtungen lebenden hochaltrigen Frauen wird sich nicht erhöhen (vgl. Tabelle 3-28, Seite 98).

Tabelle 3-26

Durchschnittliches Heiratsalter (in Jahren) nach bisherigem Familienstand

Jahr	Männer			Frauen		
	ledig	verwitwet	geschieden	ledig	verwitwet	geschieden
1985	26,6	56,8	38,9	24,1	48,3	35,6
1990	27,9	56,9	40,5	25,5	47,3	37,1
1998	30,6	60,0	43,7	28,0	49,2	40,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000d.

Tabelle 3-27

Lebensformen der Männer im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)

Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000–2040
	in Prozent			in %-Punkten
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	*5,3*	*5,4*	*7,4*	+ *2,1*
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	*33,8*	*35,5*	*39,0*	+ *5,2*
darunter: ledig oder geschieden	*3,8*	*10,3*	*20,2*	+ *16,5*
Verwitwet	*30,0*	*25,2*	*18,8*	– *11,3*
Mit (Ehe)Partnerin, ohne Kinder	*51,7*	*50,5*	*43,5*	– *8,2*
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	*1,7*	*2,0*	*3,5*	+ *1,8*
Mit (Ehe)Partnerin und Kind(ern)[1]	*4,7*	*5,5*	*6,9*	+ *2,2*
Ohne (Ehe)Partnerin, mit Kind(ern)[1]	*4,4*	*3,1*	*3,2*	– *1,2*
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	792,7	2 080,6	2 691,4	+ 239,5

[1] Eigene Kinder oder die der Partnerin im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a.

Tabelle 3-28

Lebensformen der Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)

Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000–2040
	in Prozent			in %-Punkten
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	*13,2*	*12,0*	*13,8*	+ *0,6*
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	*65,6*	*57,5*	*50,7*	– *15,1*
darunter: ledig oder geschieden	*8,2*	*9,3*	*14,0*	+ *5,8*
Verwitwet	*57,5*	*48,2*	*36,7*	– *20,8*
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder	*10,7*	*25,4*	*27,3*	+ *16,6*
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	*0,9*	*4,9*	*5,0*	+ *4,1*
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)[1]	*0,7*	*1,4*	*3,1*	+ *2,4*
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)[1]	*9,8*	*3,6*	*5,1*	– *4,7*
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	2 119,2	3 551,2	4 463,2	+ 110,6

[1] Eigene Kinder oder die des Partners im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a.

3.4.3 Verwitwung als soziales Risiko des hohen Alters

Mit dem kritischen Lebensereignis Verwitwung werden sowohl Menschen in den jüngeren Altersjahren als auch Hochaltrige konfrontiert (durchschnittliches Verwitwungsalter der Frauen: 72 Jahre, der Männer: 77 Jahre). Bislang liegen erst wenige Untersuchungsergebnisse vor, die die Konsequenzen einer Verwitwung für jüngere alte Frauen und Männer im Vergleich zu Hochaltrigen differenziert betrachten. Tendenziell zeigt sich, dass Verwitwung für Hochaltrige größere soziale Risiken birgt.

Verwitwung im Alter bedeutet, unabhängig von der Qualität der gelebten Partnerschaft, den Verlust einer meist langjährigen emotional hochbesetzten Beziehung. Mit dem Ehepartner wurden wichtige und sinngebende Lebensbereiche, wie Kinder, Enkel, Freizeit, Wohnung und die Alltagsgestaltung geteilt. Die Partnerschaft ist Teil der Biografie.

Nach der gesellschaftlich und kulturell normierten Zuständigkeitshierarchie sind die noch lebenden Partner und Partnerinnen die wichtigsten Quellen für informelle Hilfebezüge (vgl. Kapitel 4.2). Natürlich gibt es auch belastende Konflikte zwischen Ehepartnern, die aber in der Erinnerung häufig in den Hintergrund treten. Unabhängig davon, wie konfliktreich oder befriedigend die Partnerschaft verlief, ist der Partnertod ein Krisen hervorrufendes Ereignis, das Veränderungen in der Lebenssituation auslöst, Veränderungen des Verhaltens erfordert und immer eine emotionale Betroffenheit bewirkt (Stengel-Güttner 1996b). Studien belegen, dass die meisten Betroffenen negative Folgeerscheinungen dieser Veränderungen benennen. Zu den am meisten thematisierten Problemen infolge von Partnerverlust gehören: Einsamkeit, innere Leere, Hoffnungslosigkeit, Depression und Passivität aber auch der Verlust von Lebensqualität und des sich Zuhause-Fühlens sowie ein problematischer Umgang mit anderen. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass der Verlust neue Chancen mit sich bringt. Dazu gehören mehr Selbstständigkeit, mehr Selbstbewusstsein, neue Kontakte zu Menschen, freie Zeiteinteilung, mehr Zeit für sich selbst und für Familienmitglieder. Die Verwitweten erhielten zudem mehr Aufmerksamkeit und wurden vor neue Aufgaben gestellt (Stengel-Güttner 1996a).

3.4.3.1 Verwitwung und Gesundheit

Die Ehebeziehung gilt als wichtigste Beziehung mit gesundheitsschützenden Funktionen. Die Abhängigkeit zwischen Ehe und Wohlbefinden bzw. Ehe und geringerer Mortalität und Morbidität wurde mehrfach nachgewiesen (Engel et al. 1996). Dass Partnerverlust zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko und somit zu einer größeren Morbiditätsrate beim überlebenden Partner führt, ist eine weit verbreitete Annahme. Wie in verschiedenen deutschen und ausländischen Quellen bestätigt, gibt es einen Zusammenhang zwischen reduziertem subjektiven und objektiven Gesundheitszustand der Verwitweten im Gegensatz zu nicht Verwitweten der gleichen Altersgruppen und des gleichen Geschlechts (Dibelius 2000; Byles et al. 1999; Prigerson et al. 1997; Niederfranke 1992).

In der Untersuchung von Niederfranke (1992) beklagte immerhin die Hälfte der befragten Witwen gesundheitliche Veränderungen. Von diesen Veränderungen sind vor allem die Frauen der älteren Jahrgänge betroffen (71 bis 80 Jahre). Dibelius (2000) beschreibt massive psychopathologische und psychosomatische Symptome, die bei den Verwitweten rund ein Jahr nach Partnerverlust einsetzen und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen

können. Die befragten verwitweten Frauen der Australian Longitudinal Study on Women`s Health schätzten ihre Gesundheit in allen Dimensionen im Vergleich zu Verheirateten niedriger ein. Nach einem Jahr ließ sich diese negative Bewertung allerdings nicht mehr feststellen (Byles et al. 1999).

Ein ohnehin beeinträchtigter Gesundheitszustand kann durch die kürzlich erfahrene Verwitwung natürlich stärker ins Bewusstsein rücken. (Bauer-Söllner 1997). Die Ehe wird als eine der wichtigsten Determinanten des subjektiven Wohlbefindens ausgewiesen (Reichert & Naegele 1996). Auch in der Befragung von Stengel-Güttner (1996a) erlebten zwei Drittel der Befragten die eigene Gesundheit durch den Verlust des Partners negativ beeinflusst. Als die typischen Symptome werden Depressionen, Erschöpfung, schnelle Ermüdung, Herzbeschwerden, Magenprobleme und generelle Nervosität geschildert.

Die Krise „Partnerverlust“ wirkt sich im Sinne psychogener Reaktionen negativ auf die Gesundheit aus. Ganz offensichtlich überwiegen die psychischen Aspekte die eigentlichen physischen. In einer amerikanischen Studie, in der 64 trauernde Frauen im durchschnittlichen Alter von 66 Jahren untersucht wurden, beobachtete man eine vier Mal häufigere schwere Depression als in der Kontrollgruppe (Carnelley et al. 1999). Physische Reaktionen wurden in bisherigen Arbeiten kaum beachtet. Genauer wurde der objektive Gesundheitszustand in einer amerikanischen Untersuchung an Patientinnen und Patienten mit pathologischer Trauerreaktion untersucht. Sie zeigten nach 13 Monaten erhöhte Inzidenzen von Krebserkrankungen, Hypertonie, und Suiziden. Herzerkrankungen traten nach 25 Monaten häufiger auf als bei Verwitweten ohne pathologische Trauerreaktion. Die Autoren folgern, dass möglicherweise die pathologische Trauer der entscheidende Faktor für die erhöhte Inzidenz von Krankheiten ist (Prigerson et al. 1997).

Insgesamt weisen die Forschungsbefunde darauf hin, dass der Verlust des Partners oder der Partnerin beim überlebenden Ehegatten durchaus gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge hat, die zudem nicht alle nur vorübergehender Natur sind. Dennoch gelingt es offenbar den meisten Verwitweten – je nach psychischer Disposition und erhaltener Unterstützung – schwerwiegende langfristige Gesundheitsstörungen zu vermeiden und die anfangs stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Laufe der Zeit zu verringern oder zu überwinden.

3.4.3.2 Verwitwung und Sterblichkeit

Wie Untersuchungen zeigen, führt der Verlust eines Partners bzw. einer Partnerin, zumindest für einige Zeit zur Erhöhung des Mortalitätsrisikos (Maas et al. 1996). Besonders hoch ist das Sterblichkeitsrisiko bei Hinterbliebenen im ersten halben Jahr nach dem Verlust des Partners (Buijssen, H. P. J. 1996). In einem amerikanischen Review wird die erhöhte Mortalität Trauernder im Vergleich mit anderen Personen desselben Alters bestätigt (Woof & Carter 1997). Dies entspricht der allgemeinen Überzeugung des „Nachsterbens“. Fooken (1999) geht davon aus, dass sich dieser „Kummer-Effekt“ nicht generell nachweisen lässt, bestätigt aber zugleich die nachfolgenden geschlechtsspezifischen Ergebnisse der MONICA-Kohorten-Studie. Demnach liegt eine insgesamt deutlich niedrigere Mortalität für allein stehende Frauen, einschließlich verwitweter, gegenüber allein stehenden Männern vor. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate allein stehender Männer ist beinahe doppelt so hoch wie die der Männer, die mit einer (Ehe-) Partnerin zusammenlebenden. Allein stehende Frauen unterscheiden sich in der Mortalitätsrate hingegen nur geringfügig von Frauen mit Partnern (Baumann et al. 1998: 188).

Erklärungen für ein erhöhtes Mortalitätsrisiko sind eher diffus. Wie auch für die Morbidität wird ein protektiver Effekt der Ehe auf das Mortalitätsrisiko festgestellt (Baumann et al. 1998). Vermutet wird ein negativer Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit durch größere Lebensunzufriedenheit. Männlichen amerikanischen Allein lebenden wird darüber hinaus eine ungesunde Lebensweise mit vermehrtem Alkohol- und Nikotinkonsum bestätigt (Stroebe 1998).

Auch geringe soziale Integration erwies sich in der MONICA-Kohorten-Studie als Faktor für ein höheres Mortalitätsrisiko. Für Männer und Frauen zeigen sich zwar ähnliche Tendenzen, werden aber durch die geringere Anzahl von Todesfällen bei den Frauen nicht bestätigt (Baumann et al. 1998). Diese Ergebnisse bestätigen vorliegende ältere amerikanische Befunde aus der Alameda-County-Studie (1987), die die Bedeutung von Kontakten mit Freunden und Verwandten gegenüber der Partnerschaft hervorheben (Seeman 1987, nach Baumann et al. 1998: 191).

3.4.3.3 Verwitwung und Suizidrisiko

Die Selbstmordgefahr Verwitweter ist weit höher als bei Verheirateten. Insbesondere scheinen einsame hochaltrige Menschen gefährdet. In der Untersuchung von Niederfranke (1992) gaben 40 % der Witwer und 21,5 % der Witwen an, unmittelbar nach dem Tod Suizidgedanken gehabt zu haben.

Der hohe Anteil gelungener Selbstmorde älterer Menschen (über 75 Jahren) – 39,2 auf 100 000 Einwohner – verdeutlicht das relativ hohe Suizidrisiko im höheren Alter. Bei alten Männern ist es zudem drei Mal so hoch wie bei den alten Frauen. Nicht immer sind selbstschädigende Verhaltensweisen deutlich erkennbar. Auch unzureichende Nahrungsaufnahme und Missachtung von Medikamentenverschreibung sind kritische Hinweise (BMG 1992, nach Bauer-Söllner 1997).

Ausgangspunkt für das erhöhte Risiko eines Suizids ist die „abnorme Trauerreaktion“ bzw. die Depression. In der Praxis ist es sicher nicht immer einfach, Trauer von einer Depression zu unterscheiden. Die Grenze zur „Depression im engeren Sinn“ bei über zwei Monate dauernden Stimmungstiefs anzusetzen, scheint allerdings bei vielen älteren Witwen und Witwern nicht gerechtfertigt (Buijssen, H. P. J. 1996: 86).

Hinweise auf unverarbeitete Trauer sind das Nichtwahrhabenwollen, welches an der typischen Sprache über den Toten in der Gegenwartsform erkennbar ist. Vor allem bei

Älteren sind Vergesslichkeit oder Verwirrtheit und der Verlust an Orientierung Hinweise. Besonders hoch ist das Risiko der „abnormen Trauerreaktion“ bei Älteren mit einer zuvor symbiotischen oder passiv-abhängigen Beziehung. Wird eine Person gefunden, die die stützende Funktion des Verstorbenen ersetzt, kann das Leben wieder seinen gewohnten Lauf nehmen. Dabei kann der unverarbeitete Trauerprozess allerdings zu einer schweren Belastung werden (Buijssen, H. P. J. 1996).

3.4.3.4 Verwitwung und Veränderungen der Alltagsgestaltung

Die Krisensituation „Partnertod“ bringt Veränderungen im Tagesablauf mit sich. Die Aktivitäten sind angepasst, auf den verbleibenden Bedarf reduziert und mitunter auch regelrecht vernachlässigt. Teilweise ist die Tagesstrukturierung der Verwitweten gefährdet. Den Mahlzeiten, unregelmäßig und hastig eingenommen, wird weniger Bedeutung beigemessen. Witwen fehlt oft das regelmäßige Zubereiten der Speisen für den Partner. Wenn der Verwitwung die Pflege des Partners vorausging, entfällt neben der zentralen sozialen Beziehung auch Arbeit, aus der nicht selten Lebenssinn bezogen wurde (Bauer-Söllner 1997; Stengel-Güttner 1996b).

Anders als Menschen, die ein Leben lang allein waren, müssen Verwitwete in einem späten Lebensabschnitt lernen, bestimmte Aufgaben selbst zu bewältigen, die vorher der Ehegatte erledigte. Für die Übernahme und Bewältigung zusätzlicher Aufgaben des Partners, wie schwerere Arbeiten aber auch bei Problemen mit Bank, Behörden etc. benötigen sie Hilfe (Bauer-Söllner 1997; Stengel-Güttner 1996a). Erwartbar ist, dass künftige Männer- und Frauengenerationen die traditionellen Aufgaben des jeweils anderen Geschlechts besser beherrschen (Bauer-Söllner 1997). In der Untersuchung von Stengel-Güttner (1996a) konnte bei einer Teilgruppe schon jetzt eine aktive Krisenbewältigung beobachtet werden.

3.4.3.5 Verwitwung und Freizeitaktivitäten und -kontakte

Der Verlust des Ehepartners wirkt sich auch auf Freizeitaktivitäten und -kontakte aus. Wird Verwitwung verstanden als Kumulation von Rollenverlusten, so könnte sie mit der Unterlassung von Aktivitäten und Außenbeziehungen, die vorher in der Ehepartnerschaft gepflegt wurden oder mit der Verringerung des Freundeskreises einhergehen (Wagner et al. 1996). Bauer-Söllner (1997) bestätigt einerseits das Vorhandensein fehlender Kompensation bei vielen Verwitweten, verweist aber andererseits darauf, dass einige Verwitwete ihre Möglichkeiten nutzen, um das Leben ganz nach eigenem Belieben zu gestalten. Dies letztgenannte Verhalten entspräche dem Kompensations- oder Substitutionsmodell, das davon ausgeht, dass Rollenverlust in einem Lebensbereich verstärktes Engagement in einem anderen Lebensbereich auslöst (Wagner et al. 1996).

Niederfranke (1992) bestätigt z. B. den Wunsch einiger Witwen (15 von 69) ihre Trauer bei anderen Betroffenen zu artikulieren. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen blieb aber die Ausnahme. Auch Dibelius (2000) bestätigt die Ablehnung offizieller Selbsthilfegruppen, befürwortet werden dagegen informelle Gruppen. Hierfür bieten sich verschiedene Freizeitgruppen an, die den Verwitweten die Chance bieten, Personen in der gleichen Situation zu begegnen.

Die Unterschiede im Verhalten dürften einerseits in der Biografie und andererseits in den verfügbaren Ressourcen begründet sein. Günstige Voraussetzung für eine Kompensation scheinen im Laufe des Lebens entwickelte Interessengebiete und Fähigkeiten zu sein (Bauer-Söllner 1997). Es entstehen durchaus neue Formen von Beziehungen, Solidarität und Unterstützung, auch Vergnügung, und zwar oft stärker mit anderen Frauen als mit den eigenen Kindern. Wie im gesamten Lebenszyklus werden auch bei den Verwitweten eher die Frauen als die Männer aktiv, um Freundschaften zu entwickeln un zu pflegen, soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten (Engel et al. 1996).

3.4.3.6 Verwitwung und neue Partnerschaften

Hinsichtlich der Kontaktsuche und Aufnahme von neuen Partnerbeziehungen zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Viele ältere verwitwete Frauen bleiben allein; die Zahl der allein stehenden Frauen ist sehr viel höher als die der allein stehenden Männer. Dies ist einerseits durch die Kriegsauswirkungen in den Jahrgängen bis ca. 1922 zu klären, andererseits durch das zahlenmäßige Missverhältnis (1 zu 2,6 bei über 85-Jährigen) zwischen Männern und Frauen im hohen Alter (Baltes, Margret M. 1998). Danach ist die Frau oft gezwungen, einen Teil ihres Lebens allein zu verbringen.

Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie fanden ca. 65 % der bis 1922 geborenen Männer, nach dem Verlust ihrer ersten Frau, eine neue Partnerin und fast alle Männer, die ihre Partnerinnen relativ jung verloren hatten, heirateten innerhalb weniger Jahre erneut. Währenddessen haben von den 1911 bis 1922 geborenen Frauen nach Verwitwung nur 36 % nochmals geheiratet. Dies bedeutete bereits einen Anstieg gegenüber den vorherigen Geburtsjahrgängen. So erreichte die Wiederheiratshäufigkeit Verwitweter bei den 1901 bis 1910 geborenen Frauen nur 25 % und bei der ältesten Gruppe (Jahrgänge 1887 bis 1900) sogar nur 13 %. (Maas et al. 1996: 124).

Grundsätzlich ist die Wiederheiratsquote im höheren Alter aber sehr gering (Fooken 1999). Interessanterweise wird dies nicht nur mit mangelnden Möglichkeiten erklärt, sondern, bezogen auf Frauen, mit einer im Alter abnehmenden Bereitschaft, sich nochmals zu binden. Die Betroffenen geben ebenfalls „mangelnde Gelegenheit“, aber auch eine starke emotionale Bindung an den Verstorbenen sowie ökonomische Motive (z. B. materielle Unabhängigkeit durch eigene bzw. abgeleitete Rentenansprüche) als Gründe an (Reichert & Naegele 1996). Jüngere Witwen einer italienischen Studie erklärten, dass sie nicht mehr die traditionelle Rolle als Haus- und Ehefrau übernehmen wollen, sondern ihre selbstbezogene Identität ausleben möchten. Die „neuen Witwen“ wollen ihre Identität nicht nur in der Rolle der Großmutter und Mutter finden (Riege 1996).

3.4.3.7 Bewältigung des sozialen Risikos Verwitwung

Der Tod einer engen Bezugsperson, wie die des Lebenspartners, ist eine der tief greifendsten und bedrohlichsten Verlusterfahrungen. Der Umgang mit der aufkommenden Trauer bedeutet eine enorme psychische Belastung. Generell ist die emotionale Situation direkt nach dem Tod der Bezugsperson extrem problematisch (Stengel-Güttner 1996a). Verwitwung kann als eine Last erlebt werden, die nicht bewältigbar scheint. Langfristig kann sie zur Isolation und zu Gefühlen der Einsamkeit und Sinnlosigkeit führen. Erste Äußerungsformen einer Krise sind Antriebsschwäche und Erschöpfungszustände (Dibelius 2000). Der Leidensdruck nach dem Partnertod kann teilweise so groß sein, dass es zur totalen Resignation kommt, kein Lebensmut mehr vorhanden ist, bis hin zu Suizidgedanken. Auch in der Untersuchung von G. Stengel-Güttner (1996a) bezeichnen die Befragten ihre Lebenseinstellung als geändert durch Sinnentleerung, depressives Lebensgefühl, weniger Aktivität und Lustlosigkeit. Besonders alte Betroffene – über dem 75. Lebensjahr – neigen nach dem Partnertod zu völliger Resignation, da sie den Tod des Partners oder der Partnerin auch als den Abschluss des eigenen Lebens betrachten.

Dennoch gelingt es den meisten alten Menschen aber nach einer mehr oder weniger langen Trauerphase, das kritische Lebensereignis „Partnerverlust“ zu bewältigen. 60,9 % der Witwen sind achtzehn Monate nach dem Tod des Partners davon überzeugt, das Leben in Zukunft auch ohne Lebenspartner allein gestalten zu können. Die Frauen erleben ein hohes Maß an Selbstkontrolle in Bezug auf die eigene Lebensführung und haben das Gefühl: „Ich bin es, die das Leben in den Händen hält, die es beeinflussen kann“ (Niederfranke 1992). Die Voraussetzungen dafür sind zum Teil sehr unterschiedlich, ebenso wie die dafür vorhandenen Ressourcen und benötigte Unterstützung.

Eine bedeutsame Voraussetzung zur Akzeptanz der Verwitwung ist ein gewisses Maß an Selbstwertgefühl oder Stolz, um sich nach dem Verlusterlebnis für das Leben, also für sich selbst, zu entscheiden. Zufriedenheit über das geführte Leben und Vertrauen in die Zukunft ist eine gute Ausgangsposition für die Verarbeitung (Buijssen, H. P. J. 1996). Meist ist eine „neue“ Zukunftsplanung erst dann möglich, wenn der Mensch entscheidende Phasen der Vergangenheit verarbeitet hat. Der Blick zurück auf bisherige Lebensabschnitte, das Aktualisieren der Vergangenheit und das Reden über die psychische Situation sind dabei entscheidende Hilfen (Schmitz 1997).

Die Bewältigung der Krise scheint auch in Abhängigkeit davon zu stehen, ob der Tod plötzlich und unerwartet oder erwartet auftritt. Die Art des Todes und dessen persönliches Erleben bestimmt die Krisenqualität. Es ist zu konstatieren, dass die krisenhafte Betroffenheit beim überraschenden Tod meist größer ist, als wenn vorhersehbar der Partner nach einer längeren Krankheit stirbt. Das Leben verlief bis zum kritischen Einschnitt durch den Tod, ohne Krankheit des Partners, völlig normal. Dem unerwarteten Tod wird Zusammenbruch, Schock und verzögertes Krisenmanagement, insbesondere bei jüngeren Alten, zugeordnet. Das Trauergefühl oder das Vermissen des Partners stellt sich hier z. T. nicht unmittelbar zum Zeitpunkt des Todes ein (Stengel-Güttner 1996a, 1996b).

Währenddessen tritt bei langer vorheriger Krankheit eine faktische Änderung des Lebens nicht erst mit dem Tod der Bezugperson ein, sondern mit dem Beginn der Krankheit. Beim Tod nach langer Krankheit hat die Trauerarbeit bereits vorher begonnen. Die Krisenhaftigkeit beim erwarteten Tod ergibt sich dadurch, dass Hilfs- und Pflegepflichten wegfallen und durch das dadurch entstehende Gefühl der Leere (Stengel-Güttner 1996a, 1996b).

Der Anteil der verwitweten Frauen, die mit einer längeren chronischen oder akuten Erkrankung des Partners vor dessen Tod konfrontiert waren, ist, zumindest in der Untersuchung von Niederfranke (1992) hoch (90 %). Die Belastungssituation ist groß und drei Viertel der Frauen litten sehr unter der Beeinträchtigung des Partners. Sie fühlten sich hilflos ausgeliefert. Noch Monate nach seinem Tod fühlten sie sich „ausgehöhlt“ und „ausgebrannt“. Trotz der aufopfernden Pflege, sind ihnen „Schuldgefühle“ und „Selbstzweifel“ nicht unbekannt. Die durch die Pflege des verstorbenen Ehepartners bewirkten Langzeitfolgen bilden einen Hauptrisikofaktor für den eigenen Alterungsprozess der Witwen (Dibelius 2000). Unter diesen Umständen kann die Verwitwung auch als Erlösung des Partners von einer Krankheit und für sich als eine Befreiung von der Belastung empfunden werden. Die Verwitweten können sich wieder selbst erleben. Eine eigene Planung des Lebens ist möglich (Stengel-Güttner 1996a).

Für die Bewältigung des Verlusterlebnisses und des Lebens danach ist die Möglichkeit, den Tod des Partners schon in der letzten Lebensphase gedanklich vorwegzunehmen und bewusst Abschied zu nehmen, eine wertvolle Voraussetzung. Trotzdem wird im Zusammenhang mit Verlusterfahrungen des älteren Menschen kontrovers diskutiert, ob das Trauern leichter fällt, weil der Tod im Alter gewissermaßen ein erwartbares Ereignis ist. Gegen diese Annahme sprechen Untersuchungsergebnisse bei Betroffenen im Alter ab 75 Jahren, die zeigen, dass diese aufgrund des Partnertods zu totaler Resignation neigten. Sie betrachteten den Tod des Partners als den Abschluss ihres eigenen Lebens (Stengel-Güttner 1996b). Andere Studien heben den günstigen Effekt auf die Trauerarbeit hervor, da Abschied und Verlust für Ältere viel mehr Teil ihres Lebens sind als dies bei Jüngeren der Fall ist (Buijssen, H. P. J. 1996).

Die Verwitwung im späteren Erwachsenenalter ist im Gegensatz zum Partnertod im früheren Erwachsenenalter ein typisches, weil häufig vorkommendes, erwartbares (insbesondere für Frauen) und gesellschaftlich akzeptiertes Lebensereignis. Es kann beobachtet werden, dass ältere Menschen sich auf unvermeidliche Verluste einstellen, indem sie sich regelmäßig mit dem Verlust beschäftigen (Gespräche, Lesen von Todesanzeigen). Die eigenen Veränderungen von Kognitionen und Gefühlen, sowie sozialunterstützende Bezugsgruppen dienen als Stresspuffer, wenn das Ereignis statistisch und temporär erwartbar ist (Engel

et al. 1996). Dies setzt allerdings voraus, dass die antizipatorische Auseinandersetzung mit dem Partnerverlust nicht vermieden wird (Müller-Daehn & Fooken 1993).

In den zuvor dargelegten Untersuchungsergebnissen spricht einiges für die These einer „antizipatorischen Sozialisation“: Verwitwung als „normales“ Ereignis bedeutet zugleich, den Tod eines älteren Menschen zum Leben gehörend und als Selbstverständlichkeit des Lebens zu sehen. Die überlebenden Partner müssen dies jedoch nicht immer in gleicher Weise wahrnehmen. Sie benötigen vielleicht weit mehr Krisenintervention, als ihnen zuerkannt wird.

3.4.3.8 Faktoren, die die Bewältigung des sozialen Risikos Verwitwung unterstützen

Die Interventionsgerontologie hat Protektionsfaktoren herausgestellt, die es bei der Bewältigung des sozialen Risikos „Verwitwung“ zu berücksichtigen gilt. Als Schutzfaktor gilt zunächst ein außerfamiliäres Rollenengagement, was sich in einem breiten Radius von Interessen, einer hohen sozialen Aktivität und einer aktiven Freizeitgestaltung äußert. Von Vorteil ist, wenn schon während der Partnerschaft ein unabhängiger Lebensstil und nicht eine ausschließlich innerfamiliäre Orientierung vorlag. Die Partnerschaft, in der Eheleute ihre Identität entwickeln und entfalten konnten, bietet die besseren Chancen für die erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung (Bauer-Söllner 1997). Ein breit angelegter Lebensentwurf ist laut Dibelius (2000), insbesondere bei Frauen, für eine erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung von Bedeutung.

Als weiterer wichtiger Schutzfaktor gilt die Konstanz des Wohnortes und des Wohnumfeldes, um die Lebenssituation nach Partnerverlust zu akzeptieren. Sind verwitwete Personen, insbesondere Frauen, gezwungen, einen nicht gewollten, unfreiwilligen Wohnortwechsel aus wirtschaftlichen Gründen vorzunehmen, erleben sie es wie einen „zweiten Tod“. Einschnitte in den gewohnten Lebensstil, hervorgerufen durch wirtschaftliche Verschlechterungen, werden ebenfalls als schmerzhaft erfahren (Dibelius 2000: 160).

Soziale Unterstützung einerseits in Form von gegebenen Hilfeleistungen, andererseits als empfangene Leistung, hilft im Umgang mit der Belastungssituation. Niederfranke (1992) zufolge leiden Frauen, die das Gefühl hatten, gebraucht zu werden, weniger unter Einsamkeitsgefühlen als Frauen, die weder Hilfe geben noch nehmen konnten. Hier traten Vereinsamung, Rückzug und Suizidgedanken häufiger auf. Neben rein praktischer Unterstützung geht es beim Partnertod im Wesentlichen um psychologische Hilfe.

Kontakt und Hilfe gelten als normal und selbstverständlich im Familienverband und werden in der Regel dankbar angenommen. Nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ ist die Familie bedeutsamer als institutionalisierte Hilfe. Familiäre Hilfestellung in der Krise wird von Kindern oder anderen Verwandten geleistet. Männer ebenso wie Frauen bedürfen gleichermaßen der Hilfe (Stengel-Güttner 1996a). Der Befragung Niederfrankes (1992) zufolge wünschen direkt nach der Verwitwung 55 % der Männer und 42 % der Frauen Hilfestellung bei der konkreten Lebens- und Alltagsgestaltung (Niederfranke 1992: 253). Konkrete Maßnahmen im Sinne eines Krisenmanagements sind: „Aufnahme des verbliebenen Elternteils in das Haus von Sohn/Tochter, regelmäßige Besuche der Kinder und häufige Telefonate, Gespräche und Trost, Unterstützung in den alltäglichen Dingen, wie Behördengänge, Einkauf und Haushalt.“ (Stengel-Güttner 1996a: 70). Dieses Unterstützungspotenzial sorgt dafür, dass die meisten Verwitweten nicht oder lange nicht im Altenhilfesystem in Erscheinung treten (Bauer-Söllner 1997). Nach Aussagen der Berliner Altersstudie verändert die Verwitwung grundsätzlich nicht die sozialen Beziehungen und familialen Kontakte und hat insbesondere keine langfristigen Auswirkungen (Wagner et al. 1996). Auch A. Niederfranke (1992) beobachtet das Nachlassen des Wunsches nach praktischer Unterstützung in den ersten eineinhalb Jahren nach der Verwitwung.

Gemeinsamkeit und Geselligkeit helfen. So stellt außerfamiliäres Rollenengagement einen größeren Protektionsfaktor dar als exklusive innerfamiliäre Orientierung; den Kontakten zu Freunden, Bekannten und Nachbarn kommt teilweise eine größere Bedeutung zu als den innerfamiliären, wie Geschwistern, Kindern und Enkeln (Dibelius 2000). Familienkontakte alter Menschen haben oft instrumentellen Charakter, d. h. sie sind die wichtigsten Helfer in der Alltags- und Krisenbewältigung, insbesondere bei langfristiger, intensiver praktischer und materieller (auch finanzieller) Unterstützung. Sie scheinen dadurch an „Routinen und alltägliche Interaktionsrituale“ gebunden zu sein. Dagegen übernehmen außerfamiliale Freundschaftsbeziehungen die „Funktionen der sozialen Teilhabe und Partizipation, der Gemeinschaft und Geselligkeit“. Sie sind durch Freiwilligkeit und Wahl geprägt. Die ausgeglichene Reziprozität führt deutlicher zu Wohlbefinden als pragmatisch orientierte Familienhilfe (Engel et al. 1996).

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass in dem kritischen Lebensereignis Partnerverlust nicht nur Risiken liegen, sondern der alte Mensch die Verwitwung auch als Chance wahrnehmen kann. Der Verlust kann als Herausforderung wahrgenommen werden, die eigene Rolle und den Lebensentwurf zu verändern. Das heißt Partnerverlust kann als „life-change-situation“ (Dibelius 2000: 158) wahrgenommen werden und muss nicht zu einer dauerhaften kritischen Lebenssituation führen.

3.4.4 Isolation und Einsamkeit als soziale Risiken des hohen Alters

Der Begriff soziale Isolation beschreibt einen Mangel an sozialen Beziehungen. Im Gegensatz zu den Begriffen Alleinleben und Alleinsein bezieht sich der Begriff der Isolation auf einen normativen Vergleich. Isolation liegt dann vor, wenn die Zahl und Dauer der sozialen Kontakte unter einem als – allgemein – notwendig erachteten Minimum liegt. Einsamkeit ist dagegen eine subjektive Erlebenskomponente. Einsamkeit entsteht, wenn eine Person

Zahl und Qualität ihrer sozialen Beziehungen mit ihren diesbezüglichen Wünschen vergleicht. Weicht das wahrgenommene Netzwerk davon ab, resultiert daraus Einsamkeit als negativ erlebtes Alleinsein oder Isoliertsein, verbunden mit dem unangenehmen Gefühl der Verlassenheit, des Kontaktmangels oder -verlustes (Tesch-Römer 2000).

Einsamkeit entsteht also durch die Kopplung des Alleinseins mit dem Gefühl des unzureichenden privaten Austausches mit anderen oder einem empfundenen Mangel und/oder Verlust an sozialen Quellen emotionaler Bindung, Wärme und Trost (Smith, J. & Baltes 1996). Somit kann eine Person Einsamkeit empfinden, auch wenn soziale Interaktionspartner existieren und diese helfend zur Seite stehen. Insbesondere bei sehr alten Menschen wird vermutet, dass diese unter Einsamkeit leiden, da zwar jüngere Verwandte und Bekannte ihren sozialen Bedürfnissen gerecht werden können, die vertraute Beziehung zu Gleichaltrigen aber häufig fehlt (Johnson, C.L. & Troll 1994; Thomae 1994).

Entscheidend ist die Wahrnehmung sozialer Kontakte durch den älteren Menschen, nicht der quantitative Aspekt der Verfügbarkeit und Häufigkeit von Familien- und Freundschaftskontakten. Subjektive Zufriedenheitsmaße, also die subjektive Bewertung der Bedürfniserfüllung durch Beziehungen zu anderen ist entscheidend für den Einsamkeitsaspekt, nicht die Netzwerkgröße (Smith, J. & Baltes 1996).

Grundsätzlich ist das subjektive Erleben der Einsamkeit nicht automatisch Bestandteil des Alleinlebens und bedeutet nicht zugleich Isolation. Andersherum: „Alleinleben muss nicht Isolation bedeuten und Zusammenwohnen ist kein Schutz vor Einsamkeit“ (Lehr 1987: 114, zit. n. Reichert & Naegele 1996).

3.4.4.1 Prävalenz

Bei dieser Begriffsbestimmung erhält der Befund von Noll & Schöb (2001) hohe Relevanz, dass im Wohlfahrtssurvey 1998 ein Siebtel der Personen, die enge Freunde haben, der Aussage zustimmen, „sich oft einsam zu fühlen“. Knapp 75 % der Befragten, die keine engen Freunde haben, stimmen dieser Aussage nicht zu. Der Aussage, sich oft einsam zu fühlen, stimmen am häufigsten die über 70-Jährigen zu (vgl. Tabelle 3-29). In Westdeutschland empfindet jeder Vierte in dieser Altersgruppe Gefühle von Einsamkeit, in Ostdeutschland liegt dieser Anteil mit 38 % sogar noch deutlich darüber (Noll & Schöb 2001).

Das zunehmende Alleinleben im Alter korrespondiert also mit einem wachsenden Gefühl der Einsamkeit. Der Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit ist bei über 70-jährigen Menschen substanziell (Smith, J. & Baltes 1996). In Deutschland gibt etwa ein Drittel der über 60-Jährigen an, manchmal oder öfter Einsamkeitsgefühle zu erleben, während dies nur bei einem Fünftel der jüngeren Menschen der Fall ist (Statistisches Bundesamt 1997).

In der Tabelle 3-30 werden Untersuchungsergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in Form einer Synopse zusammengefasst.

3.4.4.2 Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und Isolation

Alleinleben und Alleinsein, der Tod des Lebenspartners, Kinderlosigkeit, Gesundheit und Mobilitätseinschränkungen, Wohnen im Heim stellen Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeitsgefühlen dar. Keiner der Faktoren allein ist eine hinreichende Bedingung für Einsamkeit, weil persönliche Ressourcen und individuelle Ansprüche an das Netzwerk moderierend wirken. Darüber hinaus besteht nach Erkenntnissen aus der Berliner Altersstudie eine positive Korrelation zwischen Einsamkeit und Alter. Dieser Zusammenhang kann als kumulativer Effekt interpretiert werden. Mit dem steigenden Alter wächst auch die Wahrscheinlichkeit, dass die genannten Risikofaktoren eintreten.

Einsamkeit wurde in der Berliner Altersstudie mittels einer leicht modifizierten deutschen Acht-Item-Kurzform der revidierten UCLA-Einsamkeitsskala (Russell et al. 1980; Smith, J. & Baltes 1993) erhoben (Wagner et al. 1996). Es wurde zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit unterschieden. Emotionale Einsamkeit bezieht sich auf Aussagen, die das Gefühl, keinen Vertrauten zu haben bzw. allein zu sein, beschreiben, während soziale Einsamkeit das Gefühl erhebt, unzureichend in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein (Elbing 1991; Weiss, R. 1973; Wagner et al. 1996).

Während in den Altersgruppen der 70- bis 84-Jährigen der Mittelwert der sozialen Einsamkeit nur geringfügig über

Tabelle 3-29

Prävalenz von Einsamkeit[1], 1998

	Gesamt[2]		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
„Fühle mich oft einsam” (in %)	*16*	*16*	*15*	*13*	*14*	*13*	*27*	*38*

[1] Anteil derer mit den Antworten: „stimmt ganz und gar“ und „stimmt eher“.
[2] Befragte ab 18 Jahren.
Quelle: Noll & Schöb 2001, Basisdaten: Wohlfahrtssurvey 1998.

Tabelle 3-30

Häufigkeit von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in verschiedenen Untersuchungen

Thema	Prävalenzrate Ca. 60 bis 79 Jahre	Prävalenzrate Ca. 80 Jahre und älter	Datenquelle und Aussagekraft
Alleinsein	Verwitwung: 60 bis 70 Jahre: Frauen 23 %, Männer 6 % Allein verbrachte Zeit 60 – 64 Jahre: durchschn. 15 Std./Tag (zum Vergleich: 35- bis 44-Jährige: 12,25 Std.)	Verwitwung: Über 80 Jahre: Frauen 80 % Männer 40 % Allein verbrachte Zeit Über 70 Jahre: durchschn. 17 Std./Tag	Statistisches Bundesamt 1998. Repräsentativ. Küster 1998, nach Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamtes 1991/92. N=7200 Haushalte. Repräsentativ. Über 70 Jahre nicht differenziert
Alleinleben	60 bis 70 Jahre insg. 20 %	Über 80 Jahre insg. 60 % Männer: knapp ein Drittel Frauen: etwa 70 %	Hoffmann 1998, basiert auf Mikrozensus 1997. Repräsentativ.
Isolation	Besonders unter Heimbewohnern gibt es einen hohen Anteil sozial isolierter Personen. Heimbewohner (Durchschnittsalter knapp 81 Jahre) haben selten oder nie Kontakte – 28,8 % (zu anderen Bewohnern des eigenen Wohnbereiches) – 54,1 % (zu Bewohnern entfernterer Wohnbereiche) – 30,7 % bekommen weniger als einmal im Monat oder nie Besuch von Verwandten oder Bekannten		Infratest Burke Sozialforschung 1995 Heimerhebung. N=3015 Bewohner von Alteneinrichtungen (im Rahmen von MUGSLA).
	Alter: über 65 Jahre (davon 85 % über 75 Jahre, Durchschnittsalter 80,8 J.) – 10,4 % extrem isoliert – 68,1 % isoliert – vs. 2,4 bzw. 19,4 % der in Privathaushalten Lebenden (Anteil über 75-Jähriger: 42,3 %)		Ältere Studie (Cooper, B. et al. 1984) keine Altersdifferenzierung, Untersuchung in Mannheim. N=153 Extrem isoliert: 5 oder weniger Kontakte/Woche Isoliert: weniger als 20 Kontakte/Woche
Einsamkeit	Öfter Einsamkeitsgefühle haben 20 % (35 bis 59 Jahre) 34 % (West), 29% (Ost) (über 60 Jahre) Positive Alterskorrelation von sozialer wie emotionaler Einsamkeit (70 bis 105 Jahre, in 5-Jahres-Schritten) Zwischen 5 und 16 % der über 65-Jährigen fühlt sich oft, 14–42 % manchmal, 50–84 % nie einsam (17 Studien in GB (10), Denmark, USA, Irland, NL)		SOEP, in Statistisches Bundesamt 1997: Datenreport 1997 (keine Differenzierung in Alter und hohes Alter) BASE (Mayer, K. U. & Baltes 1996) Keine Altersdifferenzierung, (außer Qureshi & Walker 1989: über 75-Jährige: 12 % oft einsam) nach Wenger et al. 1996

1,9 liegt, ist ein Anstieg in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre auf 2,1 und in der Kohorte der 90- bis 94-Jährigen sogar auf 2,3 zu verzeichnen. Die emotionale Einsamkeit steigt im Altersgang ebenso kontinuierlich an. Es zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Ausmaß der Einsamkeit besteht. Je älter die Menschen sind, desto einsamer fühlen sich diese. Unterschiede im Lebensalter von 70 bis 103 Jahren klärten insgesamt 7,0 % der Gesamtvarianz im Einsamkeitserleben auf (Wagner et al. 1996: 315).

Weitere 8,0 % der Einsamkeitsvarianz konnten durch den Familienstand, die Kinderlosigkeit oder den Heimaufenthalt erklärt werden. Verwitwete, Geschiedene und Ledige sind häufiger einsam als verheiratete Menschen. Alte Menschen, die kinderlos sind oder in einem Heim leben, berichten, dass sie einsamer sind als alte Menschen, die

Kinder haben oder in einem Privathaushalt leben (Wagner et al. 1996).

Die Tatsache der Kinderlosigkeit ist ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Einsamkeit. Alte Eltern fühlen sich weniger einsam als alte Menschen ohne Kinder (Wagner et al. 1996).

Darüber hinaus ist der Gesundheitszustand ein Risikofaktor für den Grad der Einsamkeit. Ältere Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand sind in höherem Maß einsam (Wenger et al. 1996).

10 % der Einsamkeitsvarianz können auf die erfahrene Zärtlichkeit und das soziale Beisammensein zurückgeführt werden, wobei diese Tatsache eher als altersunabhängig beschrieben werden kann. Kontakte führen zu einer Verringerung des Einsamkeitsgefühls. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der beobachtete Alterseffekt größtenteils durch die Leistungen der sozialen Beziehungen vermittelt ist (Wagner et al. 1996). Erstaunlich ist, dass Hilfeleistungen selbst keine positiven Auswirkungen auf die Einsamkeit alter Menschen zeigen. Zum einen ist es theoretisch plausibel anzunehmen, dass sich Einsamkeit einerseits und soziales Beisammensein bzw. Zärtlichkeit andererseits gegenseitig beeinflussen. Zum anderen ist es durchaus möglich, dass beide Faktoren von Merkmalen der Persönlichkeit abhängen könnten (vgl. dazu Smith, J. & Baltes 1996; Wagner et al. 1996).

3.4.4.3 Einsamkeit und Verwitwung

Allgemein wird vermutet, dass Witwen und Witwer in besonderer Weise mit Einsamkeit konfrontiert sind. Es ist allerdings notwendig, zwischen situativen und chronischen Einsamkeitsgefühlen zu unterscheiden. Situationsspezifische Einsamkeit ist für Verwitwete nicht ungewöhnlich. Verwitwete Frauen oder Männer vermissen bestimmte Eigenschaften, Attribute und Verhaltensweisen des Partners in einer spezifischen Situation (Fooken 1999).

Häufig wird nach dem Tod des Partners Einsamkeit geradezu gesucht; d. h., ein Risiko dieser Situation liegt auch in der Flucht in das Alleinsein (Stengel-Güttner 1996a). Circa 50 % der Verwitweten in der Untersuchung von Stengel-Güttner (1996) suchten nach dem Partnertod nicht nach mehr Kontakt, sondern „ziehen sich in ihr Schneckenhaus zurück“ und gehen „nicht mehr so gern unter die Leute“. Das bedeutet, dass Partnertod auch deshalb in die Einsamkeit führen kann, weil die Person generell den sozialen Rückzug beginnt. Die Bedürfnisse nach Geselligkeit sind ohnehin stark personenabhängig. Es gibt „unterschiedliche Bedürfnisse nach sozialem Kontakt und sehr unterschiedliche Zufriedenheit mit sozialem Kontakt – auch mit geringem sozialem Kontakt“ (Engel et al. 1996: 32).

Insbesondere ältere Frauen, die lebenslang auf eine Partnerschaft und auf Kinder konzentriert waren, fühlen sich nach dem Tod des Ehemannes isolierter und einsamer (Reichert & Naegele 1996).

3.4.4.4 Einsamkeit und Heimaufenthalt

Der Heimaufenthalt ist eine weitere Lebenskonstellation im hohen Alter, die mit der Vorstellung sozialer Vereinsamung verknüpft ist. Im Rahmen von zwei Querschnittsuntersuchungen wurden Daten zu sozialen Kontakten der Bewohner in 15 zufällig ausgewählten Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen erhoben. Die darin enthaltene, 1995/96 durchgeführte Befragung des Pflegepersonals ergab, dass – bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen – 16,6 % der Bewohnerinnen und Bewohner keinen Besuch von Angehörigen oder Bekannten hatten. 37,2 % wurden gelegentlich und 46,2 % häufig, d. h. mindestens einmal in der Woche, besucht. Eine erneute Untersuchung in denselben Heimen ein Jahr später bestätigte dieses Ergebnis, bei gleichzeitig großer Schwankungsbreite zwischen den Heimen (Weyerer et al. 2000b).

Bezüglich der Besuchshäufigkeit durch Angehörige/Bekannte bestand in beiden Erhebungen kein signifikanter Unterschied zwischen dementen und nicht dementen Heimbewohnern. Hingegen hatten Demenzkranke sowohl zum Personal als auch zu den übrigen Heimbewohnern signifikant weniger Kontakte als die nicht Dementen (Weyerer et al. 2000b).

Das höhere Einsamkeitsgefühl von Heimbewohnern könnte dadurch erklärt werden, dass diese – im Gegensatz zu alten Menschen in Privathaushalten – „kein Verantwortungsgefühl in der Umwelt hervorrufen“ (Wagner et al. 1996). Dieses Verantwortungsgefühl beinhaltet Hilfeleistungen aus dem sozialen Netzwerk. Da die Heimbewohner allerdings versorgt werden, entfällt dies, und es entstehen lediglich Pflichtbesuche aus dem sozialen Netzwerk.

3.4.5 Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters

Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, ob im hohen Alter eine besondere Gefahr liegt, von Gewalt betroffen zu sein oder Opfer einer kriminellen Handlung zu werden.

3.4.5.1 Definition des Begriffs „Gewalt“

In den Sozialwissenschaften gibt es noch kein einheitliches Verständnis darüber, was unter Gewalt zu verstehen ist. Eng gefasste Begriffsbestimmungen, die Gewalt auf konkrete körperlich schädigende Handlungen reduzieren, stehen weit gefassten Ansätzen gegenüber, die auch verbal-emotionale Beschimpfungen, Vernachlässigung und Unterlassung sowie finanzielle Ausbeutung einbeziehen (Schwind et al. 1990; Carell 1999). In der Gerontologie besteht hingegen mehr Einigkeit über die Definition dessen, was als Gewalt gegen alte Menschen anzusehen ist: Sie umfasst jene Handlungen und Unterlassungen, die gravierende negative Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit des älteren Menschen haben (siehe hierzu auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996).

3.4.5.2 Das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen

Über das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen ist bislang noch zu wenig bekannt. Das

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte im Jahr 2001 in einer Pressemitteilung folgende erste Anhaltspunkte aus Untersuchungen:

– Circa 600 000 ältere Menschen oder 6,6 % der 60- bis 75-Jährigen werden Opfer innerfamiliärer Gewalt; rund 340 000 erleiden körperliche Gewalt (Näheres hierzu siehe unten).

– Das Spektrum der Gewalt reicht von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung über finanzielle Ausnutzung, Freiheitseinschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.

– Gewalt tritt oft in engen sozialen oder privaten Beziehungen auf.

– Über zwei Drittel der Fälle von Gewalt treten in familiären Beziehungen auf. Nur ein Bruchteil davon wird bekannt.

Kriminaltität und Kriminalitätsfurcht

Durch die im Jahr 1992 durchgeführte Studie „Kriminalität im Leben älterer Menschen“ (vgl. Bilsky et al. 1993) des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. (KFN) konnte die Vermutung, dass ältere Menschen häufiger als jüngere von Kriminalität betroffen wären, widerlegt werden. Vielmehr stellte sich das Gegenteil heraus. So lag die Betroffenenquote in Bezug auf Gewalterfahrungen außerhalb der Familie und des Freundeskreises in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen bei ca. 56 %, bei den über 70-jährigen Personen dagegen bei knapp 28 %. Demgegenüber steht jedoch eine sehr hohe Angst vor Kriminalität seitens der älteren Menschen; in diesem Fall spricht man auch von dem „Furcht-Viktimisierungs-Paradox“, da die älteren Menschen – objektiv gesehen – den geringsten Grund für dieses Verhalten haben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1995b).

Die im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen geringere Viktimisierung älterer Menschen, heißt jedoch nicht, dass Opfererfahrungen älterer Menschen vernachlässigt werden könnten. Vielmehr ist gerade diese Gruppe auf Hilfe angewiesen.

Ein wichtiger Befund ist in diesem Zusammenhang die nicht unerhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität älterer Menschen durch Kriminalitätsfurcht, auch wenn dies durch die faktischen Verhältnisse vielfach nicht gerechtfertigt sein mag (Noll & Schöb 2001).

„Wie sicher fühlen Sie sich oder würden sie sich fühlen, wenn Sie hier in dieser Gegend nachts draußen alleine sind? Fühlen Sie sich sehr sicher, ziemlich sicher, ziemlich unsicher oder sehr unsicher?“, lautet die dementsprechende Frage im Wohlfahrtssurvey. In der Altersgruppe ab 70 Jahren äußert in Westdeutschland jeder dritte Befragte Gefühle der Unsicherheit im Falle einer abendlichen oder nächtlichen Aktivität außerhalb der eigenen Wohnung. In Ostdeutschland gibt für den gleichen Tatbestand sogar mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen an, sich sehr unsicher bzw. ziemlich unsicher in ihrer Wohngegend zu fühlen (vgl. Tabelle 3-31). Angesichts der Wichtigkeit, die diesem Aspekt der Lebensbedingungen für das Wohlbefinden zugeschrieben wird, fällt es umso stärker ins Gewicht, wenn alte Menschen sich in ihrer Wohngegend wesentlich weniger sicher fühlen als jüngere.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum ältere Menschen eigentlich seltener Opfer werden als die jüngeren. In der Literatur gibt es unterschiedliche Ansätze zur Erklärung der relativ geringen Viktimisierung älterer Menschen. Dies kann auf eine abnehmende Mobilität, z. B. durch gesundheitliche Einschränkungen zurückgeführt werden. Aufgrund dessen halten sich alte Menschen länger und häufiger zu Hause auf als jüngere. Der „routine-activity“-Ansatz, der die veränderte Aktivität beschreibt, ist eine mögliche Erklärung für die geringere Viktimisierung. Ältere Menschen versuchen aber auch aufgrund ihrer Kriminalitätsfurcht gezielt „gefährliche“ Situationen zu vermeiden.

Auch wenn alte Menschen weniger häufig als vermutet Opfer von Kriminalität und Gewalt werden, so wird doch aus der KFN- Befragung ersichtlich, dass Viktimisierung im Alter in engen sozialen Beziehungen vorhanden ist, auch wenn hier die Raten absolut betrachtet ebenfalls niedrig sind. Insofern findet eine Verschiebung des sozialen Kontextes des Opfergeschehens statt.

Gewalt im sozialen Nahraum

Die sozialwissenschaftliche Forschung zu Gewalt im familialen Kontext hat mit einer Reihe von besonderen methodischen Schwierigkeiten umzugehen. Zum einen

Tabelle 3-31

Subjektive Wahrnehmung der Sicherheit in der Wohngegend, 1998

	Gesamt[1]		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Anteil derer, die sich in der Wohngegend sehr oder ziemlich unsicher fühlen (in %)	*20*	*32*	*16*	*26*	*22*	*41*	*32*	*52*

[1] Befragte ab 18 Jahren.
Quelle: Noll & Schöb 2001; Basisdaten – Wohlfahrtssurvey 1998.

werden familiale Ereignisse in der Regel als Privatangelegenheit betrachtet, sodass Befragte – und zwar sowohl Täter wie Opfer – sich scheuen, über möglicherweise peinliche oder entwürdigende Zustände zu berichten. Zum zweiten werden juristisch-kriminologische Begrifflichkeiten wie „Nötigung“ oder „Körperverletzung ohne Waffen“ von Befragten im familialen Kontext häufig gar nicht verstanden, sodass andere Erhebungswege gefunden werden müssen, um Prävalenzen aufgrund methodischer Probleme nicht systematisch zu unterschätzen. Dies geschieht etwa mit der Verwendung der „Conflict-Tactics-Scale“ die konkrete Beschreibungen von gewalttätigen Verhaltensweisen enthält, wie z. B. „hat mich hart angepackt oder gestoßen“ oder „hat mich geprügelt, zusammengeschlagen“ (Straus 1990) . Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Gewalt gerade innerhalb von familialen Pflegebeziehungen in der Regel vor dem Hintergrund langjähriger Beziehungsstrukturen entsteht. Gewaltprovozierende Situationen sind durch eine Vielzahl persönlicher, materieller und beziehungsbezogener Bedingungen gekennzeichnet (Brunner 1999). Nicht selten ist man Opfer und Täter zugleich. Diese Probleme sind bei der Interpretation von Prävalenzzahlen zu beachten.

In Deutschland gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zu Gewalt gegen ältere Menschen im häuslichen Bereich; die Forschungssituation ist in anderen europäischen Ländern, vor allem aber im angloamerikanischen Bereich deutlich besser (Sowarka et al. 2001). Nach den vorliegenden englischen und US-amerikanischen Studien werden 4 bis 5 % der Alten, die in Familien leben, von Gewaltakten betroffen.

In der methodisch außerordentlich sorgfältigen Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN-Studie) gaben in einem mündlichen Interview 15 771 und in einem schriftlichen Fragebogen 5 711 Personen über 16 Jahren Auskunft (Wetzels & Greve 1996), wobei über 75-jährige Menschen dennoch unterrepräsentiert waren. Zwei klare Ergebnisse zeichnen sich hier ab: (1) Die Prävalenz physischer Gewalt im sozialen Nahraum nimmt mit dem Alter ab: Bei den unter 60-Jährigen berichteten mehr Personen, Opfer schwerer körperlicher Gewalt geworden zu sein als bei den über 60-Jährigen. (2) Trotz des mit dem Alter abnehmenden Risikos, Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum zu sein, sind die Zahlen dennoch bedeutsam: 3,4 % der über 60-Jährigen haben im Befragungsjahr (1991) physische Gewalt erlebt, 2,7 % erlitten Vernachlässigung oder den Missbrauch von Medikamentengabe, 0,8 % waren von chronischer verbaler Aggression betroffen und 1,3 % Opfer wirtschaftlicher Ausnutzung. Nimmt man die Möglichkeit, mehrfach Opfer zu werden in den Blick, so werden etwa 6,6 % (in absoluten Zahlen: 600 000) ältere Menschen jährlich Opfer familialer Gewalt. In einer brieflichen Befragung einer regionalen Stichprobe wurde eine noch höhere Prävalenzquote für Gewalterfahrung ermittelt (10,8 %), wobei hier aufgrund des nur geringen Rücklaufs mit erheblichen Selektivitätsproblemen zu rechnen ist (Brendebach & Hirsch 1999).

In erster Linie sind die Gewalt Ausübenden nahe stehende Familienmitglieder, die täglichen Kontakt zum alten Menschen haben. Bei Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen sind es überwiegend Frauen. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da Frauen auch den Großteil der pflegenden Angehörigen und des Personals in der professionellen Altenpflege stellen.

Die „Täterinnen“ bzw. „Täter“ im sozialen Nahraum leben überwiegend im gleichen Haushalt als Ehepartner, Kinder, Schwieger- oder Enkelkinder und befinden sich meist in einer schwierigen persönlichen Situation, z. B. sozialer Isolation. Sie weisen nicht selten eine von Gewalt geprägte Familienbiografie, aber auch ungeklärte Eltern-Kind-Beziehungen und eine mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation auf.

Von den Opfern ist bekannt, dass sie zum überwiegenden Teil ebenfalls Frauen sind, zumindest was schwerwiegendere Formen von Gewalt anbelangt.

Häufig bestehen zwischen den Opfern und Tätern wechselseitige Abhängigkeiten. In vielen Fällen sind die Täter vom Opfer finanziell oder emotional abhängig und kompensieren das Gefühl der eigenen Machtlosigkeit mit Gewaltverhalten (Carell 1999).

Deutlich wird, dass Gewalt dort entsteht, wo sich Opfer wie Täter in einer unabhängig von der Pflege belastenden Situation befinden, die nicht selten mit sozialer Isolierung und gegenseitiger Abhängigkeit verbunden ist. Pflegende und Gepflegte bekommen unzureichende soziale Unterstützung und befinden sich oftmals in einer Verstrickung gegenseitiger Gewalt („Gewaltkreislauf“), die sich als eine gestörte Interaktion zwischen den Partnern interpretieren lässt. Gewalt Ausübende können Täter und Opfer zugleich sein (Carell 1999).

3.4.6 Fazit

Dieses Kapitel befasste sich mit sozialen Risiken im Leben Hochaltriger. Es wurde gezeigt, dass Menschen in den höchsten Lebensjahren im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger Verluste im sozialen Netzwerk bewältigen müssen. So muss beinahe jede alte verheiratete Frau den Tod ihres Partners erleben, geraten immer mehr hochaltrige Eltern in die Situation, den Tod eigener Kinder bewältigen zu müssen, haben nur noch 15 % der über 95-Jährigen lebende Geschwister, obgleich die überwiegende Zahl solche nahen Angehörigen hatte. Die Erfahrung, Menschen der eigenen aber auch der nachfolgenden Generation zu überleben, gehört zu einem weit verbreiteten Ereignis im Lebenslauf Hochaltriger. Ein Risiko, das nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen bleibt. So geben gut zwei Drittel befragter alter Frauen und Männer an, dass der Partnerverlust die eigene Gesundheit negativ beeinflusst hat. Darüber hinaus ist bekannt, dass die Selbstmordgefahr Verwitweter doppelt so hoch ist, wie bei Verheirateten. Sehr alt werdende Menschen müssen im Vergleich zu Frauen und Männern jüngerer Altersgruppen eher damit rechnen, dass ihre Potenziale nicht mehr reichen, um die eigene Haushaltsführung aufrechtzuerhalten und den Umzug in ein Heim meistern. Sie machen Erfahrungen mit Altersdiskriminierung und haben Angst vor Gewalt im Kontext zunehmender Abhängigkeiten von der

Hilfe Fremder oder fortschreitender Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeiten.

Aus solchen Situationen und Lebenskonstellationen können soziale Isolation und Gefühle von Einsamkeit entstehen. Das zunehmende Alleinleben im Alter korrespondiert hoch mit der Einsamkeit. Neben dem Tatbestand des Alleinlebens, dem Tod des (Ehe)Partners stellen Kinderlosigkeit, Wohnen in einem Heim sowie Gesundheits- und Mobilitätseinschränkungen Risikofaktoren für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen dar. Keiner der Faktoren ist allein eine hinreichende Bedingung für Einsamkeit, weil persönliche Ressourcen und individuelle Ansprüche an den Austausch mit anderen moderierend wirken. Nur so ist auch zu erklären, dass trotz der mit dem steigenden Alter wachsenden Wahrscheinlichkeit des Auftretens der genannten Risikofaktoren Menschen bis in die höchsten Lebensjahre hinein ihre soziale Lebenssituation immer wieder so stabilisieren, dass sie glücklich sind, subjektives Wohlbefinden und eine individuell lebbare Lebensqualität herstellen.

Ein weiterer Schwerpunkt des Kapitels widmete sich der Frage, ob im hohen Alter eine besondere Gefahr liegt, von Gewalt betroffen zu sein oder Opfer einer kriminellen Handlung zu werden. Prinzipiell ist über das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen wenig bekannt. Festzustehen scheint aber, dass alte Menschen weniger häufig als von ihnen selbst vermutet, Opfer von Kriminalität und Gewalt werden. Demgegenüber steht allerdings eine hohe Angst vor Kriminalität seitens alter Menschen („Furcht-Viktimisierungs-Paradox“). Diese Furcht führt zu einer nicht unerheblichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Ein weiterer Befund bisheriger Untersuchungen ist die Verschiebung des sozialen Kontextes von Gewalt mit dem Alter. Alte Menschen werden größtenteils im sozialen Nahraum, in engen sozialen Beziehungen von Gewalt getroffen. Obgleich auch hier die Prävalenz niedrig zu sein scheint, sollte nicht übersehen werden, dass mehr als eine halbe Million betroffene alte Menschen jährlich auch Ausdruck dafür sind, dass sich meistens „Opfer“ und „Täter“ in einer ausweglosen Situation von Überforderung, gegenseitiger Abhängigkeit, sozialer Isolation und einer durch Pflege belasteten Krise befinden.

Die Analyse der sozialen Risiken, mit denen hochaltrige Frauen und Männer konfrontiert sein können, belegt, dass die Defizite in der Lebensqualität älterer Menschen im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsgruppen vor allem die immateriellen Aspekte des Lebens betreffen. Neben den Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes sind es insbesondere die Einschnitte in das soziale Netzwerk und Interaktionsgefüge, die die Lebensqualität negativ beeinflussen. Nahezu die Hälfte der über 70-Jährigen äußert sich besorgt über ihre Gesundheit, und fast jeder Dritte fühlt sich einsam. Auch Anomiesymptome und die Furcht vor Kriminalität treten hier verstärkt auf und zeigen auf Beeinträchtigungen des subjektiven Wohlbefindens. Das gleichzeitig hohe Niveau der Lebenszufriedenheit verweist darauf, dass positive und negative Komponenten des subjektiven Wohlbefindens nebeneinander auftreten können und sich nicht zwangsläufig gegenseitig ausschließen. Auffällig ist die Geschlechtsspezifik des Ausmaßes sozialer Risiken. Alte Frauen sind häufiger allein als alte Männer, müssen den Verlust des Partners mehrheitlich bewältigen und sind öfter von Gewalt im familialen Kontext betroffen.

3.5 Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter

3.5.1 Einleitung

Ziele und Aufgaben der Epidemiologie

Epidemiologische Forschung im Bereich der Gerontologie und Geriatrie beschäftigt sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung von Erkrankungen in der Altenbevölkerung und der unterschiedlichen Häufigkeit ihres Auftretens im Zusammenhang mit demografischen, genetischen, Verhaltens- und Umweltfaktoren (deskriptive Epidemiologie). Sie untersucht außerdem die Bedingungen des Auftretens und des Verlaufs von Erkrankungen im Alter mit dem Ziel, das Wissen über Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren von Krankheitsepisoden und Krankheitsfolgen zu vertiefen (analytische Epidemiologie).

Eine zentrale Aufgabe der deskriptiven Epidemiologie besteht in der Bedarfsermittlung für die Planung von medizinischen und pflegerischen Diensten. Gelingt es, alle medizinisch Behandelten einer definierten Bevölkerung zu erfassen, dann sind Aussagen über Quantität der Versorgung möglich. Werden solche Erhebungen fortlaufend als kumulative Register (z. B. Krebsregister, Schlaganfallregister oder psychiatrische Fallregister) durchgeführt, so lassen sie auch auf Veränderungen des Bedarfs schließen, bedingt etwa durch Zu- oder Abnahme von Erkrankungen oder durch Veränderungen in Versorgungssystemen, verursacht beispielsweise durch Verlegung von Langzeitpatienten aus Krankenhäusern in Heime oder durch den Erfolg oder Misserfolg neuer Therapieverfahren. Sie spiegeln die Versorgungsmuster von Personen mit bestimmten Krankheiten in verschiedenen Einrichtungen wider und liefern wichtige Indikatoren für den ökonomischen Aufwand und die Qualität der Versorgung.

Die Ermittlung des tatsächlichen bzw. des unversorgten Bedarfs erfordert zusätzlich Untersuchungen etwa der Klientel von Hausärzten oder direkte Bevölkerungsstudien. Gewinnt man auf diese Weise Angaben über Anzahl und Art der Krankheitsfälle und des Versorgungsbedarfs einer bestimmten Bevölkerung, so lässt sich die Differenz von versorgtem und unversorgtem Bedarf abschätzen (Weyerer & Häfner 1992).

Ein wesentlicher Anteil von Morbiditätsveränderungen und des Bedarfs an Versorgungseinrichtungen ist auf demografische Veränderungen zurückzuführen. Beispielsweise ist in den nächsten Jahrzehnten aufgrund der Zunahme älterer, vor allem hochaltriger Menschen mit einem beträchtlichen Anstieg der Zahl Demenzkranker zu

rechnen, wobei ein hoher Anteil dauernder Aufsicht oder Pflege bedarf.

Zentrale Aufgabe der analytischen Epidemiologie ist die Ermittlung von Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren akuter und chronischer Erkrankungen. Diese Erkenntnisse sind von zentraler Bedeutung zur Entwicklung von Strategien, chronische Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des höheren Lebensalters zu verhüten, oder in ihrem zeitlichen Auftreten bzw. ihren Verlauf hinauszuzögern.

Falldefinition

Eine exakte Falldefinition stellt eine unerlässliche Voraussetzung in der epidemiologischen Forschung dar. Eine gute Falldefinition sollte

– dem klinisch trainierten Untersuchenden festgelegte Richtlinien liefern, die dazu befähigen, eine Entscheidung über Fall/Nichtfall zu treffen,

– sich auf standardisierte und international akzeptierte Klassifikationssysteme stützen, wie die International Classification of Diseases (ICD) für medizinische Diagnosen oder die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) für Funktionseinschränkungen,

– auf einem Glossar beruhen mit präzisen Einschluss- oder Ausschlusskriterien.

Zusätzlich zu den diagnostischen Kriterien sollten weitere Parameter wie Behandlungsbedürftigkeit, Schweregrad, Verlauf und Dauer der Erkrankung bzw. Funktionseinschränkung, mögliche Risikofaktoren sowie die funktionelle Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen erhoben werden.

Hinsichtlich des Krankheitsbeginns lassen sich Erkrankungen im höheren Alter danach klassifizieren, ob sie erstmals im Alter auftreten und ihr Auftreten eng an das Alter geknüpft ist oder ob es sich um Krankheiten handelt, die den Menschen bereits in früheren Lebensabschnitten treffen und ihn bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen begleiten.

Bestimmung der Häufigkeit von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen

Epidemiologische Messziffern enthalten im Wesentlichen drei Elemente: die Häufigkeit einer Krankheit, die Zahl der Personen, auf die sich die Häufigkeitsziffer sinnvollerweise bezieht, und den Zeitfaktor, d. h. den Zeitpunkt der Messung oder die Zeitperioden des Auftretens. Die wichtigsten Maße der deskriptiven Epidemiologie sind die Prävalenz sowie die Inzidenz. Unter der Prävalenz versteht man den Anteil aller Personen, die in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder während einer Zeitperiode (Periodenprävalenz) erkrankt sind. Die Inzidenz beziffert die in einer definierten Population über einen bestimmten Zeitraum neu aufgetretenen Krankheitsfälle bezogen auf die Größe dieser Population. Die Prävalenz einer Erkrankung ist somit eine Funktion der Inzidenz sowie der Dauer des Überlebens mit dieser Erkrankung, sodass bei gleich bleibender Inzidenz einer Erkrankung eine Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit, z. B. durch therapeutische Maßnahmen, zu einer höheren Prävalenz der Erkrankung führt. Prävalenz und Inzidenzraten können entweder über bestehende Datenquellen erfasst werden („administrative Prävalenz“) oder im Rahmen von Bevölkerungsuntersuchungen oder Feldstudien ermittelt werden („wahre Prävalenz“).

Bei der Ermittlung der Krankheitshäufigkeit über Bevölkerungsuntersuchungen ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligung an epidemiologischen Studien mit zunehmendem Alter stark abnimmt (Kelsey et al. 1989). Ältere Menschen sind besonders häufig in ihrer sensorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was ihre direkte schriftliche oder mündliche Befragung stark erschwert. Will man eine Unterschätzung schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Demenzen) verhindern, so ist eine Befragung von Bezugspersonen (Angehörige, Hausärzte oder Pflegepersonal) unabdingbar.

Die traditionell überwiegend für definierte Erkrankungen bzw. medizinische Diagnosen ermittelten epidemiologischen Messziffern (Prävalenz, Inzidenz) lassen sich in analoger Weise auf definierte Funktionseinschränkungen anwenden.

Erforschung von Risikofaktoren

Analytisch-epidemiologische Studien zielen darauf ab, Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren zu ermitteln, die die Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener Erkrankungen erhöhen bzw. vermindern. Sie gehen damit deutlich über die im Bereich der deskriptiven Epidemiologie erstellte Beschreibung von Krankheitshäufigkeiten hinaus. Idealerweise sollten die in analytisch-epidemiologischen Studien ermittelten Faktoren die zeitlichen und räumlichen Muster der Erkrankungshäufigkeiten erklären und Ansatzpunkte für vorbeugende Maßnahmen zur Reduktion der Erkrankungshäufigkeiten bieten. Je nach Fragestellung kommen hierbei unterschiedliche Studientypen zum Einsatz.

Der vergleichsweise einfachste Studientyp sind die so genannten ökologischen Studien oder Korrelationsstudien, in denen der Zusammenhang zwischen möglichen Einflussfaktoren und den Erkrankungshäufigkeiten auf aggregierter Ebene, d. h. auf der Ebene von Populationen, nicht auf der Ebene von Individuen analysiert wird. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenhangsanalyse zur Prävalenz der Infektion mit dem Magenkeim Helicobacter pylori und der Inzidenz bzw. Mortalität an Magenkrebs in verschiedenen Ländern, die vor einigen Jahren im Rahmen der so genannte EUROGAST Studie durchgeführt wurde (EUROGAST STUDY GROUP 1993). Ökologische Studien sind vergleichsweise rasch und unaufwendig durchführbar, haben aber den schwerwiegenden Nachteil, für Trugschlüsse durch Scheinzusammenhänge anfälliger zu sein als Studien auf der individuellen Ebene.

Der einfachste Studientyp auf der individuellen Ebene sind Querschnittstudien, in denen der Zusammenhang

zwischen möglichen Einflussgrößen und dem Vorliegen definierter chronischer Erkrankungen in zumeist großen Stichproben zu einem Messzeitpunkt untersucht wird. Diese Vorgehensweise ist dann zielführend, wenn sowohl die interessierenden Einflussfaktoren als auch die zu untersuchende Erkrankung nicht allzu selten sind. Zum Einsatz kommt ein solcher Ansatz beispielsweise in bevölkerungsbezogenen Surveys, in denen neben der Prävalenz von Risikofaktoren und häufigen chronischen Erkrankungen (wie z. B. der Hypertonie) auch deren mögliche Determinanten (wie z. B. Übergewicht, Ernährungsgewohnheiten etc.) analysiert werden (Bots et al. 1991). Ein gerade in der Gruppe der Hochaltrigen schwerwiegender Nachteil ist jedoch, dass angesichts der simultanen Erfassung von Erkrankungen und Risikofaktoren die zeitliche Sequenz häufig nicht zweifelsfrei zu eruieren ist.

Der effizienteste Studientyp zur Analyse von Ursachen seltener Erkrankungen sind Fall-Kontroll-Studien, in denen in einem definierten Zeitraum neu erkrankte Personen (Fälle) mit einer Gruppe nicht erkrankter Personen aus derselben Bezugspopulation (Kontrollen) bezüglich möglicher Risikofaktoren verglichen werden. Solche Studien werden beispielsweise in der Ursachenforschung einzelner Krebsarten sehr häufig eingesetzt. Grenzen dieses Ansatzes ergeben sich vielfach daraus, dass mögliche Einflussfaktoren sehr sorgfältig retrospektiv über lange Zeiträume erfasst werden müssen, was gerade in der älteren Bevölkerung häufig sehr schwierig ist.

Die meist aussagekräftigere (aber auch aufwendigere) Alternative für nicht allzu seltene Erkrankungen sind daher prospektive Kohortenstudien oder Längsschnittstudien, in denen mögliche Einflussfaktoren initial bei einem großen Kollektiv noch gesunder Probanden erhoben werden, die anschließend systematisch über einen längeren Zeitraum („im Längsschnitt“) bezüglich des Eintretens definierter Erkrankungen nachbeobachtet werden. Dieser Studientyp ermöglicht zugleich eine eindeutige Aufdeckung der zeitlichen Sequenz des Auftretens von Risikofaktoren und ihrer Folgen. Ein Beispiel einer prospektiven Kohortenstudie an hochaltrigen Personen aus Deutschland ist die STEPHY II Studie, in der der Einfluss der Hypertonie auf die Morbidität und Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen bei knapp 1 000 initial 65 bis 99 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmern untersucht wurde (Trenkwalder et al. 1999).

Der aussagekräftigste Studientyp schließlich sind Interventionsstudien, in denen in einem randomisierten Ansatz gezeigt werden kann, dass eine Elimination der zuvor in Beobachtungsstudien ermittelten Risikofaktoren (z. B. eine Senkung des Blutdrucks) tatsächlich zu einer Senkung des entsprechenden Krankheitsrisikos führt.

Die traditionell überwiegend zur Erforschung von Risikofaktoren definierter Erkrankungen eingesetzten epidemiologischen Studientypen lassen sich in analoger Weise zur Ermittlung von Risikofaktoren definierter Funktionseinschränkungen anwenden, die gerade für die Hochaltrigen aufgrund der häufig anzutreffenden Multimorbidität (s. Abschnitt 3.7) vielfach relevanter sind als einzelne medizinische Diagnosen.

Spezielle Aspekte bei Hochaltrigen

Das Spektrum der Krankheiten in den westlichen Industrieländern hat sich in den letzten Dekaden quantitativ von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen stark verschoben. Gerade Menschen mit hohem und sehr hohem Alter sind durch die chronischen und meist irreversiblen Krankheiten, die eine medizinische Behandlung in aller Regel bis ans Ende des Lebens erfordern, charakterisiert. Meist nehmen diese Krankheiten in ihrem Schweregrad mit zunehmendem Alter zu, das heißt, das Gesamtbild dieser chronischen Erkrankungen verschlechtert sich.

Dabei ist es nicht immer möglich, physiologische Altersveränderungen von krankhaften Prozessen zu unterscheiden. Aber gerade dieser Sachverhalt ist zum Verständnis der Entwicklung von chronischen Krankheiten und deren Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sehr wichtig. Funktionsausfälle können im Alter wesentlich schlechter kompensiert werden, als bei jüngeren Menschen. Bei der Beurteilung der verschiedenen chronischen Erkrankungen ist unter anderem zu berücksichtigen, dass die Funktionseinschränkungen nicht alle Organe und Gewebe gleichförmig betreffen.

Zurzeit finden sich bei zwei Drittel aller Todesursachen chronische Erkrankungen. Das Nebeneinander von verschiedenen Krankheiten beim älteren Menschen, die gleichzeitig oder auch zeitlich versetzt auftreten und vielfach zu den chronischen Krankheiten gehören – die Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des älteren Menschen. Zu den häufigen chronischen Erkrankungen bei Älteren gehören der Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, cerebrale Erkrankungen (insbesondere die Ischämien) und die große Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Am Beispiel der Zuckerkrankheit kann man erkennen, dass sich hinter dem Bild der chronischen Erkrankung beim Älteren ein sehr komplexes Muster von Krankheiten verbirgt. Diese hier beispielhaft aufgeführten chronischen Krankheiten beeinflussen sich wechselseitig. So lässt sich auch erklären, dass der Zuckerkranke in der Regel nicht an dieser Krankheit verstirbt, sondern an kardio-vaskulären Ereignissen, also an den so genannten Spätkomplikationen der Zuckerkrankheit. Darüber hinaus interagieren die verschiedenen chronischen Krankheiten des Hochaltrigen oft miteinander. Es ist oft schwierig, bei Hochaltrigen mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten die Hauptdiagnose festzulegen. Häufig kann man nicht nur eine einzige Krankheit als Todesursache attestieren. Aus diesem Sachverhalt heraus sind viele der derzeit verfügbaren und nachstehend näher erläuterten Datenquellen, wie z. B. Todesursachen-Statistiken, Statistiken der Krankenhauseinweisungs- und -entlassungsdiagnosen nur schwer interpretierbar, wenn man das hohe und ganz hohe Alter z. B. bezüglich der Morbidität und Mortalität betrachten will. Um einen repräsentativen Überblick, in diese so wichtigen Fakten für das Gesundheitswesen und dessen Inanspruchnahme zu bekommen, sind hier dringend Untersuchungen an Hochaltrigen durchzuführen.

3.5.2 Epidemiologische Datenquellen

Im Folgenden stellen wir aktuelle Morbiditäts- und Mortalitätsdaten bei älteren Menschen dar, wobei verschiedene Quellen (Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger, Krankheitsregister, Todesursachenstatistiken) verwendet werden. Der epidemiologische Wert von Gesundheitsindikatoren ist dann hoch, wenn sie für eine große Bevölkerung, etwa landes- oder bundeseinheitlich, gesammelt werden. Vor allem die Verteilung der Versorgungslast und die Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation von ambulanten gegenüber halbstationären und stationären Versorgungssektoren sind von großem Interesse für die Analyse und Voraussage von versorgungsimmanenten Bedarfsverschiebungen (Weyerer & Häfner 1992).

3.5.2.1 Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger

Krankenhausentlassdiagnosen

In deutschen Krankenhäusern wurden 1998 16 Millionen Patienten behandelt (Statistisches Bundesamt 2000e), 2,8 Millionen (17,2 %) waren 75 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2001b). Der häufigste primäre Behandlungsgrund bei den 75-Jährigen und älteren Männern und Frauen waren Kreislauferkrankungen (33 % resp. 30 %), bös- oder gutartige Neubildungen (14 % resp. 10 %) und Erkrankungen der Verdauungsorgane (je 9 %, Tabelle 3-32). Die offizielle Statistik erlaubt keine spezifischeren Aussagen zur Hochaltrigkeit, da eine weitere Differenzierung nach dem 75. Lebensjahr unterbleibt. Bei in etwa gleich bleibender relativer Häufigkeit von Herzkreislauferkrankungen traten in dieser höchsten Altersgruppe tendenziell die Neubildungen sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems zugunsten der Erkrankungen der Atmungsorgane in den Hintergrund. Die Statistik erlaubt ferner keine Aussagen zur Verweildauer, zur Entwicklung von Aufnahmeraten sowie zum Auftreten von „Drehtüreffekten“, die insbesondere bei Hochaltrigen von größtem Interesse wären.

Der hohe Anteil von Herzkreislauferkrankungen wurde auch in einer Untersuchung bestätigt, die 1993 in 300 Akutkrankenhäusern in den alten Bundesländern durchgeführt wurde und durch Einbeziehung multipler Diagnosen pro Patient die im höheren Lebensalter häufig anzutreffende Multimorbidität der Patienten berücksichtigte (Güther 1998): Unter den 60-jährigen und älteren Krankenhauspatienten wurden bei 29,5 % eine

Tabelle 3-32

Häufige Krankenhausentlassdiagnosen 1998 nach Alter und Geschlecht (in % aller Erkrankungen)

Erkrankung (Entlassdiagnose)	Alter (Jahre)		
	55–64	**65–74**	**• •75**
	Männer		
Gesamt (ICD-9: 001-999)	*100 %*	*100 %*	*100 %*
Neubildungen	*17 %*	*19 %*	*14 %*
Nervensystem	*5 %*	*6 %*	*8 %*
Herzkreislaufsystem	*28 %*	*33 %*	*33 %*
Atmungsorgane	*5 %*	*6 %*	*8 %*
Verdauungssystem	*11 %*	*9 %*	*9 %*
Urogenitalsystem	*5 %*	*6 %*	*6 %*
Verletzungen/Vergiftungen	*7 %*	*5 %*	*6 %*
	Frauen		
Gesamt (ICD-9: 001-999)	*100 %*	*100 %*	*100 %*
Neubildungen	*20 %*	*17 %*	*10 %*
Nervensystem	*6 %*	*8 %*	*9 %*
Herzkreislaufsystem	*18 %*	*25 %*	*30 %*
Atmungsorgane	*3 %*	*4 %*	*5 %*
Verdauungssystem	*10 %*	*9 %*	*9 %*
Urogenitalsystem	*8 %*	*6 %*	*4 %*
Muskel-Skelettsystem	*12 %*	*11 %*	*6 %*
Verletzungen/Vergiftungen	*7 %*	*8 %*	*13 %*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000c.

Hypertonie, bei 29,3 % ein Herzinfarkt/Koronararteriosklerose, bei 24,0 % eine Herzinsuffizienz, bei 21,7 ein Diabetes mellitus, bei 15,7 % Hirngefäßkrankheiten, bei 7,6 % Magen/Darmerkrankungen, bei 5,8 % eine chronische Bronchitis, bei 5,1 % bösartige Neubildungen, bei 4,5 % eine Osteoarthrose, bei 3,7 % eine Osteoporose und bei 2,1 % eine Demenz diagnostiziert.

Bezogen auf zwölf ausgewählte Krankheiten war die durchschnittliche Verweildauer bei den 60-Jährigen und Älteren mit 14,5 Tagen wesentlich höher als bei den unter 60-Jährigen (8,8 Tage).

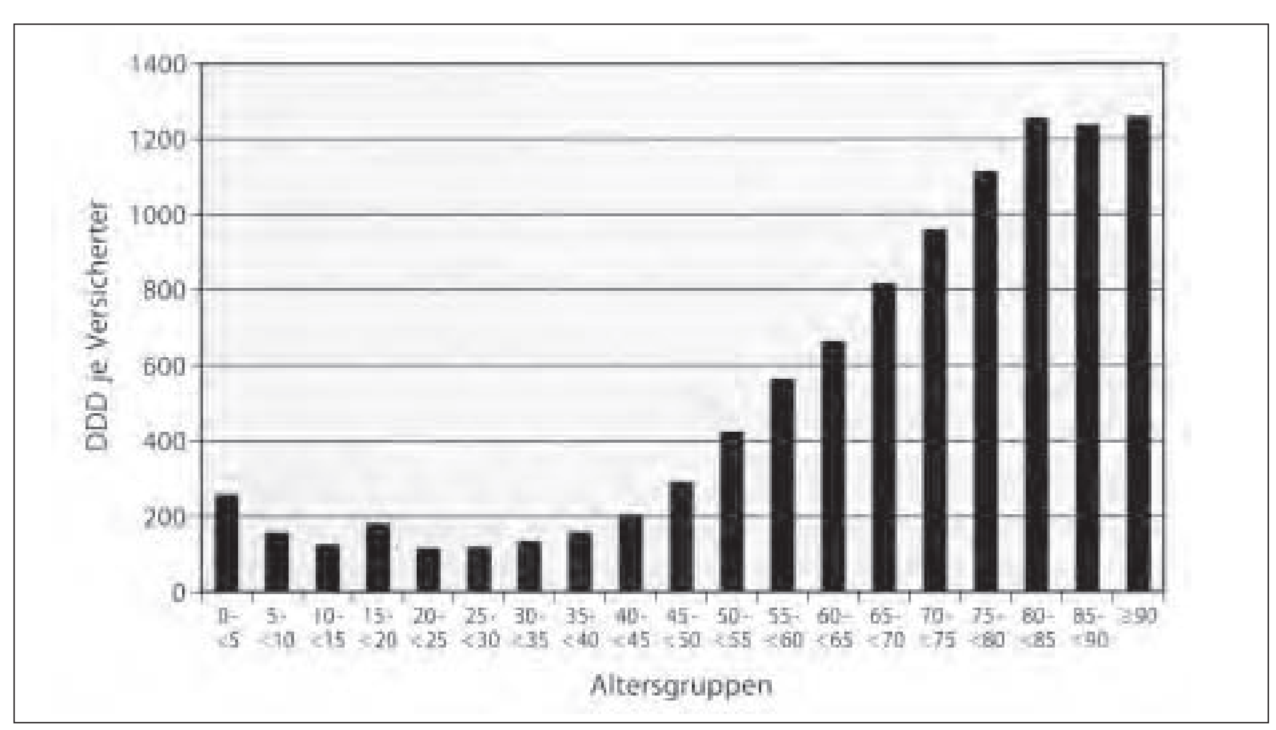
Arzneimittelverordnungs-Report

Im Rahmen des jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Reports (Arzneimittelreport) werden die im Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erfassten Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht differenziert (Schröder, H. & Selke 2000). Durch die Schätzung der Alterspyramide der GKV-Versicherten können die Daten der Arzneimittelverordnungen in Tagesdosen (defined daily dose, DDD) der Arzneimittel nach Indikationsgruppen je GKV Versicherter umgerechnet werden. Die im neuesten Arzneimittelreport dargestellten Daten stammen aus dem Jahr 1999 und werden in 5-Jahres-Altersgruppen bis hin zu 90 Jahren und älter dargestellt.

Der Arzneiverbrauch steigt bei Erwachsenen mit zunehmendem Alter steil an, wobei bei den 80-Jährigen und Älteren mit über 1 200 Tagesdosen pro Jahr (entspricht über drei Medikamenten pro Tag) ein Plateau erreicht wird. Bei den über 90-Jährigen standen 1999 Mittel gegen den hohen Blutdruck, die Herzinsuffizienz sowie die Koronare Herzkrankheit im Vordergrund. Am häufigsten verordnet wurden Diuretika mit 158 DDD, Betablocker, Calcium Antagonisten oder Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Hemmer mit 113 DDD sowie Mittel für die Herzkranzgefäße mit 102 DDD. Im Vergleich zu jüngeren Personen fällt die Zunahme der Verschreibung von Diuretika bei gleichzeitiger Abnahme der Verschreibung anderer Mittel gegen Bluthochdruck (Antihypertonika), die Abnahme der Verschreibung von Mitteln zur Senkung des Blutzuckers (Antidiabetika) und Mittel gegen Blutgerinsel (Thrombozytenaggregationshemmer) im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen, sowie die auch im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen weitere stetige Zunahme der Verschreibung von Schmerzmitteln (Analgetika/Antirheumatika), Magen-Darm-Mitteln, Mitteln für die Augen (Ophthalmika), Hypnotika beziehungsweise Sedativa sowie von anderen Psychopharmaka auf.

Abbildung 3-10

Arzneiverbrauch nach Alter in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999



Quelle: Schröder, H. & Selke 2000.

Tabelle 3-33

Arzneimittelverbrauch nach Alter und Indikationsgruppe in definierten Tagesdosen (DDD) je versicherter Person der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999

Indikationsgruppe		Alter in Jahren						
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	• 90
5	Analgetika/Antirheumatika	32,4	39,8	47,9	57,2	70,3	74,3	79,5
11	Antidementiva	5,6	9,1	14,4	21,4	27,8	29,5	29,4
12	Antidiabetika	35,0	46,0	50,8	58,8	61,4	50,7	39,0
17	Antihypertonika	62,1	75,6	82,2	86,5	81,4	70,1	55,3
27	Beta-, Ca-Bl., ACE-Hemmer	83,6	106,7	124,0	136,5	139,9	127,3	112,6
36	Diuretika	31,9	47,9	62,9	87,9	113,9	136,5	157,5
49	Hypnotika/Sedativa	5,8	7,6	10,1	13,6	18,4	21,5	25,2
55	Koronarmittel	22,5	39,9	61,6	85,1	109,1	111,3	101,6
58	Lipidsenker	29,0	33,8	33,8	27,0	17,1	7,7	4,5
60	Magen-Darm-Mittel	16,9	20,0	23,0	25,8	29,1	31,8	34,5
68	Ophthalmika	27,9	37,4	51,2	68,2	79,5	79,8	81,2
71	Psychopharmaka	22,4	24,1	27,9	33,2	38,4	39,3	42,2
79	Thrombozytenaggr.-Hemmer	13,7	20,5	25,8	31,7	37,4	37,8	32,4

Quelle: Schröder, H. & Selke 2000.

Beim Vergleich zwischen über 60-jährigen Männern und Frauen fällt auf, dass Männern häufiger Thrombozytenaggregationshemmer und Frauen häufiger Schilddrüsenhormone verschrieben werden. Mit Ausnahme der Gruppe der Schilddrüsenhormone, sind die fünf häufigsten bei über 60-jährigen Männern und Frauen verordneten Wirkstoffgruppen jedoch identisch.

Pflegeversicherung

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) legt nach § 53a SGB XI im Auftrag der Pflegekassen vierteljährlich die Pflegestatistik vor. Sie basiert auf der Auswertung von durch die MDK übermittelten anonymisierten Einzeldatensätzen. Die folgenden Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobe von 411 128 Erstgutachten, von denen 339 258 die für die Auswertung benötigten Angaben aufwiesen (Leistner et al. 2000).

Im Folgenden soll in diesem Kapitel nur die Auswertung bezüglich der im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an erster Stelle codierten pflegebegründenden Diagnose ausgeführt werden. Es sei hier darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit selbstverständlich maßgeblich auf dem individuellen Hilfebedarf und nicht auf den genannten Diagnosen beruht. Die pflegebegründenden Diagnosen der als pflegebedürftig eingeschätzten Begutachteten wurden anhand der ICD (9. Revision) in 17 Diagnoseklassen aufgeteilt und der Anteil dieser Diagnoseklassen in vier verschiedenen Altersgruppen (bis 19 Jahre, 20 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre, 80 Jahre und älter) getrennt nach Männern und Frauen sowie nach ambulanten und stationären Leistungen dargestellt.

Bei den über 80-Jährigen Antragstellern auf ambulante Leistungen, deren Antrag anerkannt wurde, sind Diagnosen des Kreislaufsystems sowohl bei den Männern (28,2 %) als auch bei den Frauen (26,8 %) am häufigsten, gefolgt von Symptomen beziehungsweise schlecht bezeichneten Affektionen. Bei den Männern folgen an dritter Stelle psychiatrische Krankheiten, während bei den Frauen Krankheiten der Muskeln und des Skeletts an dritter Stelle rangieren. Auffällig ist, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Symptome beziehungsweise schlecht bezeichnete Affektionen als erste pflegebegründende Diagnose bei den unter 80-Jährigen selten, hingegen bei den über 80-Jährigen häufig genannt werden, bei den anderen Diagnosegruppen jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen diesen Altersgruppen zu beobachten sind. Im Zusammenhang mit der nur geringfügigen Zunahme der psychiatrischen Krankheiten, unter die die Demenz fällt, ist daher davon auszugehen, dass viele demenzielle Bilder in diese schlecht definierte Kategorie eingeteilt wurden. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten so unterschiedliche Krankheitsbilder wie die Demenz, die Depression und Neurosen sowie Psychosen umfasst und daher insbesondere im Hinblick auf die Situation Hochaltriger ungenügend differenziert.

Auch bei den über 80-Jährigen Antragstellern auf vollstationäre Leistungen, deren Antrag anerkannt wurde, stehen mit knapp 30 % sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die Krankheiten des Kreislaufsystems im Vordergrund. Mit knapp einem Viertel folgen bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle nun die psychiatrischen Krankheiten und mit ca. 16 % an dritter Stelle die

Tabelle 3-34

Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf ambulante Pflegeleistungen 1998

ICD-9 Diagnose-klasse	Bezeichnung	Alter in Jahren		
		20–64	65–79	• 80
		%		
			Männer	
V	Psychiatrische Krankheiten	*12,1*	*9,9*	*12,4*
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	*16,4*	*14,7*	*10,8*
VII	Kreislaufsystem	*21,3*	*29,3*	*28,2*
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	*5,1*	*7,0*	*10,2*
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	*2,2*	*4,9*	*19,4*
			Frauen	
V	Psychiatrische Krankheiten	*10,2*	*12,1*	*13,0*
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	*17,8*	*12,0*	*8,2*
VII	Kreislaufsystem	*13,6*	*25,0*	*26,8*
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	*11,0*	*17,0*	*16,8*
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	*1,9*	*5,7*	*20,1*

Quelle: Leistner et al. 2000.

Tabelle 3-35

Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf vollstationäre Pflegeleistungen 1998

ICD-9 Diagnose-klasse	Bezeichnung	Alter in Jahren		
		20–64	65–79	• 80
		%		
			Männer	
V	Psychiatrische Krankheiten	*42,6*	*29,8*	*23,3*
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	*15,7*	*12,9*	*9,7*
VII	Kreislaufsystem	*17,0*	*28,6*	*29,7*
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	*1,1*	*3,1*	*5,3*
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	*2,5*	*5,2*	*16,5*
			Frauen	
V	Psychiatrische Krankheiten	*41,8*	*27,8*	*23,1*
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	*15,1*	*12,5*	*8,9*
VII	Kreislaufsystem	*16,1*	*29,9*	*29,2*
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	*2,5*	*5,7*	*8,5*
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	*3,6*	*5,1*	*16,4*

Quelle: Leistner et al. 2000.

Symptome beziehungsweise schlecht bezeichneten Affektionen. Fasst man den oben genannten Gründen folgend letztere Kategorien zusammen, dürften demenzielle Syndrome mit knapp 40 % sowohl bei den über 80-jährigen Männern als auch bei den über 80-jährigen Frauen die häufigste pflegebegründende Diagnose darstellen. Die routinemäßige Übermittlung von anonymisierten Einzeldatensätzen an den MDK ermöglicht eine für die BRD wohl einzigartige bundesweite Analyse von Ursachen der Pflegebedürftigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Hochaltrigkeit. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Sicherung der Datenqualität (Kliebsch et al. 1997) sowie die Möglichkeit der Weitergabe dieser Daten an Forschungseinrichtungen zur differenzierten epidemiologischen Auswertung (Kliebsch et al. 1998; 2000a; 2000b).

3.5.2.2 Krankheitsregister

Eine wesentliche Datenquelle der deskriptiven Epidemiologie stellen bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krankheitsregister dar, in denen flächendeckend alle neu auftretenden Fälle definierter Erkrankungen in einer definierten Population erfasst werden. Dies ermöglicht eine quantitative Abschätzung des Erkrankungsgeschehens (und des daraus resultierenden Versorgungsbedarfs) auf Bevölkerungsebene, sowie ein Monitoring zeitlicher Trends und regionaler Verteilungsmuster. Weitergehende Nutzungen schließen die Modellierung und Projektion künftiger Erkrankungsfälle und -raten (z. B. Brenner & Ziegler 1992, Brenner et al. 1993) sowie die Unterstützung analytisch-epidemiologischer Studien ein.

In Deutschland existieren bevölkerungsbezogene Krankheitsregister lediglich für einzelne wenige Krankheitsbilder. Vielfach stehen die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die im internationalen Vergleich sehr restriktiven Datenschutzbestimmungen einer für die Erfüllung der Registerfunktionen erforderlichen Vollständigkeit der Registrierung entgegen. Im Folgenden sollen verfügbare Registerdaten zu zwei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheitsgruppen mit besonderer Bedeutung im höheren Lebensalter vorgestellt werden:

Krebserkrankungen

Für Krebserkrankungen konnten in Deutschland in den letzten Jahrzehnten lediglich für das Saarland, das nur knapp über 1,0 % der deutschen Bevölkerung umfasst, epidemiologisch aussagekräftige Registerdaten zur Inzidenz gewonnen werden (Brenner et al. 1994), während in anderen, seit längerer Zeit bestehenden epidemiologischen Krebsregistern (z. B. Hamburg, Regierungsbezirk Münster) von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden muss. Auch die in den letzten Jahren in anderen Bundesländern neu aufgebauten Krebsregister sind bislang von einer für epidemiologische Zwecke erforderlichen Vollständigkeit größtenteils noch weit entfernt. Schätzungen der Krebsinzidenz in Deutschland beruhen daher nach wie vor in erster Linie fast ausschließlich auf den Daten des Krebsregisters Saarland (Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland 1999). So wurde für das Jahr 1997 eine Gesamtzahl von ca. 340 000 Krebserkrankungen in Deutschland geschätzt, von denen ca. 250 000 (74 %) oberhalb des 60. Lebensjahrs auftreten.

Schlaganfall

Ein aussagekräftiges bevölkerungsbezogenes Schlaganfallregister besteht im Bereich der westlichen Bundesländer erst seit dem Jahr 1994: Im Erlanger Schlaganfallregister werden seither alle Schlaganfälle, die im Stadtgebiet von Erlangen auftreten, standardisiert erfasst.

In den neuen Bundesländern bestanden bevölkerungsbezogene Schlaganfallregister bereits seit längerer Zeit. So beteiligte sich die DDR 1972/1973 an einem ersten WHO-Schlaganfallregisterprojekt. Im Rahmen der WHO-MONICA Studie wurden 1984 in 14 Kreisen der DDR Schlaganfallregister aufgebaut. Die Registrierung wurde nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 jedoch auf einen Kreis (Zwickau) reduziert und dort nur noch bis 1993 weitergeführt. Auch war in diesem Projekt lediglich die Altersgruppe der 25- bis 74-Jährigen einbezogen (in einigen Kreisen nur die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen).

Herzinfarkt

Ähnliches gilt für Register weiterer schwerwiegender Erkrankungen des höheren Lebensalters, wie z. B. Herzinfarktregister. Die bestehenden, ebenfalls im Kontext des WHO-MONICA-Projekts aufgebauten Herzinfarktregister (Augsburg, Bremen, Chemnitz, Erfurt, Zwickau) sind ebenfalls auf die 35- bis 64-jährige bzw. 25- bis 74-jährige Bevölkerung beschränkt (Barth et al. 1996).

3.5.2.3 Todesursachenstatistiken

Die Bedeutung der Todesursachenstatistik ergibt sich daraus, dass sie praktisch die einzige routinemäßig vorgenommene, vollständige Dokumentation eines Ausschnitts aus dem Krankheitsspektrum ist, die Aussagen über die Sterblichkeit bezogen auf längere Zeiträume auf nationaler und internationaler Ebene ermöglicht. Im 19. Jahrhundert war die Sterblichkeit von einer spezifischen Struktur der Todesursachen gekennzeichnet. Die wichtigste Todesursache war die Säuglingssterblichkeit, etwa ein Viertel bis zu einem Drittel aller Neugeborenen verstarben bereits im ersten Lebensjahr. Daneben war auch die Geburt selbst mit einem großen Risiko für die Mutter verbunden. Die wichtigste Todesursache für Personen, die das erste Lebensjahr erfolgreich überstanden, war die Gruppe der Infektionskrankheiten. Die wirksame Bekämpfung gefährlicher Infektionskrankheiten und die Verbesserung der hygienischen Bedingungen haben die Lebenserwartung steigen lassen und das Krankheitsspektrum verändert.

Eine aktuelle, nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Todesursachenstatistik für die Bundesrepublik Deutschland ist in Tabelle 3-36 dargestellt. Sie zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine stetige Zunahme der Gesamtsterblichkeit von der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bis zur Altersgruppe der über 90-Jährigen. Auffällig ist jedoch, dass die starken geschlechtsspezifischen Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen mit zunehmendem Alter (relativ gesehen) geringer ausfallen. Während in den Altersgruppen zwischen 60 und 69 Jahren Männer eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit

Tabelle 3-36

Todesursachen in Deutschland 1999: Sterbeziffern – Gestorbene je 100 000 der Bevölkerung

ICD-10 Nr.	Todesursache	Sterbeziffern nach Altersgruppen								
		insgesamt	unter 1Jahr*	1 – u. 20 J.	20 – u. 40 J.	40 – u. 60 J.	60 – u. 70 J.	70 – u. 80 J.	80 – u. 90 J.	90 J. u. älter
		Männer								
A00-T98	**I-XIX: Natürliche Todesursachen Insgesamt**	975,7	498,0**	32,4	108,6	536,2	1 918,0	4 872,6	12 993,8	24 581,2
A00-B99	I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,1	5,5	0,7	2,9	8,2	21,4	53,3	109,2	153,9
C00-D48	II: Neubildungen	276,2	2,5	4,1	12,7	180,4	708,2	1510,8	2687,8	3265,0
C00-C97	dar.: Bösartige Neubildungen	270,4	1,8	3,8	12,4	178,3	697,7	1477,1	2592,8	3134,6
G00-G99	VI: Krankheiten des Nervensystems	18,0	9,8	1,5	2,8	8,7	26,5	92,1	305,6	316,3
I00-I99	IX: Krankheiten des Kreislaufsystems	416,8	7,3	1,6	12,1	148,5	722,9	2255,0	7152,0	14897,8
I20-I25	dar.: Ischämische Herzkrankheiten	205,3	0,0	0,1	3,9	80,6	404,9	1169,9	3165,7	5704,2
I21	dar.: Akuter Myokartinfarkt	95,1	0,0	0,0	2,8	53,6	226,8	543,0	1105,3	1404,9
I60-I69	dar.: Zerebrovaskuläre Krankheiten	77,7	0,8	0,3	2,0	17,7	107,9	438,7	1594,1	2965,7
I64	dar.: Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet	41,2	0,3	0,0	0,2	4,7	49,5	242,2	943,2	1679,0
J00-J99	X: Krankheiten der Atmungsorgane	66,5	4,5	0,7	2,0	16,5	107,9	388,2	1191,1	2460,7
K00-K93	XI: Krankheiten des Verdauungssystems	51,0	2,3	0,3	7,2	54,7	124,6	182,5	414,2	740,5
R00-R99	XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	26,1	82,6	1,7	7,7	25,5	45,8	73,3	215,7	926,3
V01-Y98	**XX: Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität**	53,8	10,3	18,5	48,8	55,5	63,8	101,7	275,8	608,1
W00-W19	dar.: Stürze	7,8	0,3	0,3	1,7	5,3	11,6	26,4	118,3	351,9
X60-X84	dar.: Vorsätzliche Selbstbeschädigung	20,2	0,0	3,0	18,6	25,4	26,6	38,9	76,4	92,9
		Frauen								
A00-T98	**I-XIX: Natürliche Todesursachen Insgesamt**	1 083,7	403,8**	18,2	48,5	271,8	902,9	2 870,3	9 698,6	23243,2
A00-B99	I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,1	4,2	0,6	1,3	3,4	12,3	35,6	82,3	163,6
C00-D48	II: Neubildungen	251,3	3,2	2,5	15,2	138,0	397,6	836,1	1569,3	2200,6
C00-C97	dar.: Bösartige Neubildungen	244,0	2,4	2,2	14,9	136,5	391,0	814,2	1500,3	2078,4
G00-G99	VI: Krankheiten des Nervensystems	20,3	6,9	1,1	1,6	5,9	17,4	61,0	184,7	272,4
I00-I99	IX: Krankheiten des Kreislaufsystems	569,0	7,1	1,3	6,0	49,2	287,7	1379,6	5939,0	15650,4
I20-I25	dar.: Ischämische Herzkrankheiten	220,9	0,0	0,0	1,1	17,9	129,0	600,3	2284,0	5357,0
I21	dar.: Akuter Myokartinfarkt	76,3	0,0	0,0	0,8	11,7	69,9	261,3	710,9	1143,5
I60-I69	dar.: Zerebrovaskuläre Krankheiten	129,9	0,3	0,3	1,7	11,8	56,3	319,9	1428,8	3279,1
I64	dar.: Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet	72,8	0,0	0,0	0,1	2,2	24,4	175,1	863,6	1832,4
J00-J99	X: Krankheiten der Atmungsorgane	59,1	3,4	0,7	1,1	8,6	40,1	151,2	563,9	1532,0
K00-K93	XI: Krankheiten des Verdauungssystems	47,0	1,6	0,2	3,1	24,6	51,3	123,1	370,3	726,5
R00-R99	XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	28,9	64,5	1,0	2,2	9,2	17,9	49,8	209,6	1059,5
V01-Y98	**XX: Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität**	29,8	10,6	8,2	13,4	18,2	25,2	53,7	182,9	443,7
W00-W19	dar.: Stürze	9,9	0,3	0,2	0,5	1,4	4,0	18,2	106,4	302,3
X60-X84	dar.: Vorsätzliche Selbstbeschädigung	7,3	0,0	0,8	4,9	8,6	10,3	14,1	21,7	16,3

* je 100 000 Lebendgeborene – ** unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung; – Quelle: DZA – GeroStat (Hoffmann 2001) .

aufweisen als Frauen, reduziert sich der Mortalitätsüberschuss der Männer in den Altersgruppen 80 bis 89 auf ein Drittel und im Alter ab 90 Jahren auf ca. 5,0 %. Für beide Geschlechter stehen Erkrankungen des Herzkreislaufsystems mit über 50 % an erster Stelle der Todesursachen der über 80-jährigen Bevölkerung. An zweiter Stelle stehen die Neubildungen, deren prozentualer Anteil an den Todesfällen jedoch in den höheren Altersgruppen zurückgeht. Dafür nimmt der Anteil der nicht näher klassifizierten Symptome in der höchsten Altersgruppe überproportional zu. Erkrankungen der Atmungsorgane stehen in allen Altersgruppen der Hochaltrigen mit ca. 10 % der Todesursachen bei den Männern und ca. 6 bis 7 % der Todesursachen bei den Frauen an dritter Stelle.

Der Wert von Todesursachenstatistiken ist jedoch durch eine Reihe von Faktoren eingeschränkt: Die Validität, d. h. die Richtigkeit der Erfassung, hängt insbesondere bei Hochaltrigen von der Vorinformation bzw. dem diagnostischen Eifer des Arztes, der die Todesursache feststellt, ab. Die starke Zunahme der Sterblichkeit an „Symptomen (und schlecht bezeichneten Affektionen)“, die bei den über 90-jährigen Männern und Frauen an vierter Stelle der Todesursachen liegen, ist ein deutliches Indiz für diese Problematik. In diesem Zusammenhang wäre der dem derzeitigen Trend entgegenlaufende vermehrte Einsatz von Autopsien zur Sicherung der Todesursache sowie der Begleiterkrankungen insbesondere bei Hochaltrigen zur Verbesserung der Datenlage wünschenswert. Die Todesursachenstatistik erfasst nur einen Teilaspekt des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da lediglich die tödlich verlaufenden Erkrankungen dokumentiert werden. Eine Vielzahl von behindernden Erkrankungen ohne Lebensbedrohlichkeit kommt in der Sterbefallstatistik ebenso wenig zum Ausdruck wie eine Reihe von Erkrankungen, etwa Bluthochdruck oder Demenzzustände, die die Lebenserwartung erheblich verringern, die aber nur selten als eigentliche Todesursachen genannt werden. Die amtliche Statistik berücksichtigt nur die als Grundleiden angegebene Krankheit in relativ undifferenzierter Form und schlüsselt sie nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf. Begleiterkrankungen werden nicht genannt, differenziertere Informationen – wie die Krankheitsdauer und das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung – sind nicht verfügbar.

3.5.3 Bevölkerungsstudien

3.5.3.1 Untersuchungen in Deutschland

Will man alle selektiven Faktoren der Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen ausschließen, dann sind epidemiologische Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung die Methode der Wahl.

Für Deutschland stehen nur wenige differenzierte Daten zur Häufigkeit körperlicher und psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen zur Verfügung. Der vom Robert Koch Institut (1995) herausgegebene Band über „Die Gesundheit der Deutschen“ bezieht sich nur auf die Wohnbevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren. Im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys 1997/1998 wurde eine repräsentative Stichprobe der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren untersucht (Bellach et al. 1998). Aussagen über Hochaltrige sind somit nicht möglich.

Aussagen zur Gesundheit und Pflegebedürftigkeit auch der älteren deutschen Bevölkerung sind jedoch aufgrund des Mikrozensus, des Wohlfahrtssurveys (Noll & Schöb 2001) und einer repräsentativen Erhebung zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Schneekloth et al. 1996) möglich.

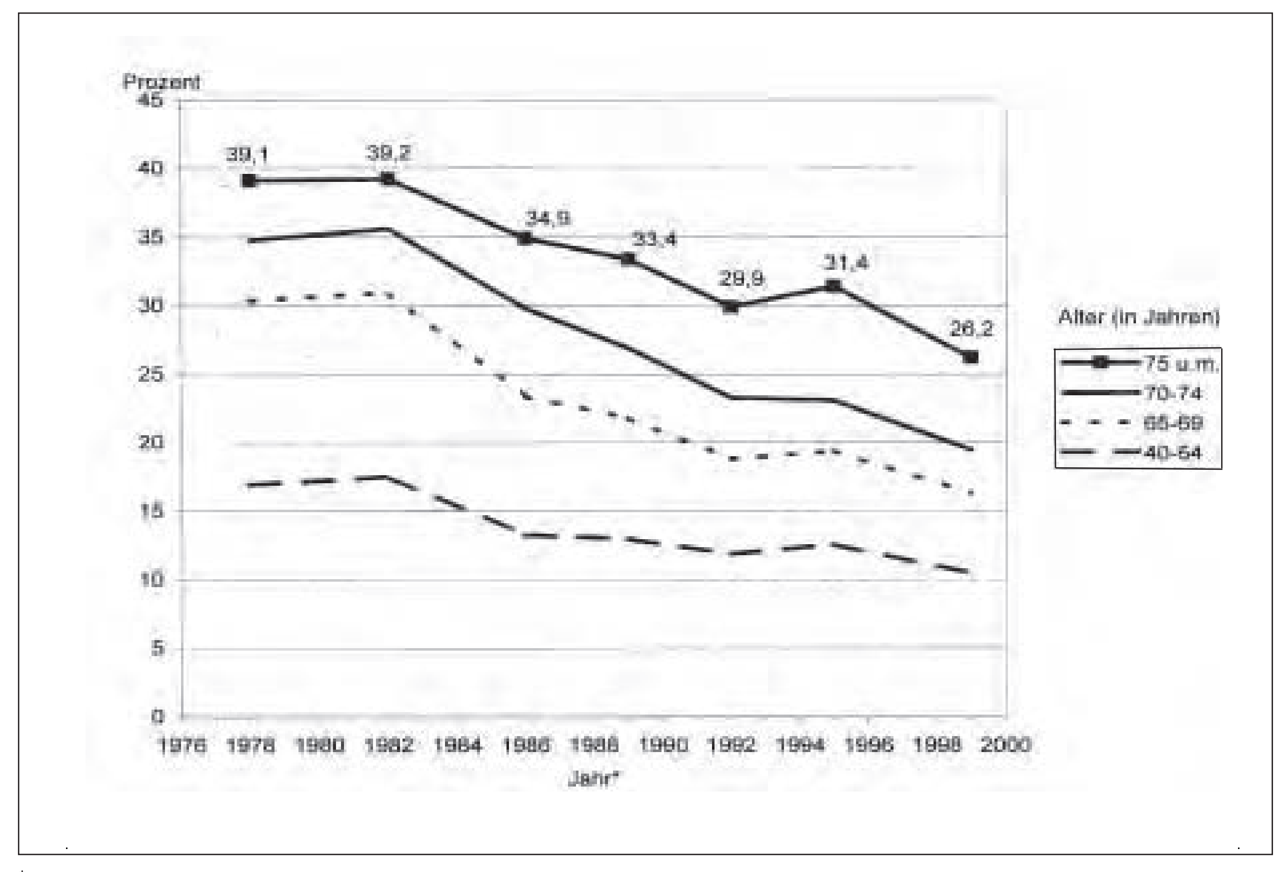
Im Rahmen des Mikrozensus liegen altersspezifische Morbiditätsdaten für das frühere Bundesgebiet von 1978 bis 1999 vor. Es zeigt sich, dass der Anteil (bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) kranker Personen in allen Erhebungsjahren bei den 75-Jährigen und Älteren am höchsten und bei den 40- bis 64-Jährigen am niedrigsten ist. Bemerkenswert ist, dass die Krankheitsprävalenz bei den 75-Jährigen und Älteren von 39,1 % im Jahr 1978 auf 26,2 % im Jahr 1999 zurückging (vgl. Abbildung 3-11, Seite 118). Ein analoger Rückgang fand sich in allen Altersgruppen. Es ist jedoch unklar, welche Faktoren (z. B. Veränderung von Risiko- und protektiven Faktoren im zeitlichen Verlauf) für die Verbesserung des subjektiv berichteten Gesundheitszustands verantwortlich sind.

Im Rahmen des Wohlfahrtssurveys wurde 1993 und 1998 der Gesundheitsstatus in der ost- und westdeutschen Bevölkerung untersucht. Erfasst wurden verschiedene Besorgnissymptome, die überwiegend den psychischen Gesundheitszustand beschreiben (Noll & Schöb 2001). Darüber hinaus wurde nach dem Vorliegen einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit gefragt. Wegen zu geringer Fallzahlen musste sich die Auswertung auf die 70-Jährigen und Älteren beschränken. Es zeigt sich, dass Erschöpfung und Müdigkeit zu den am häufigsten genannten Symptomen bei allen Altersgruppen gehören. 39 % der westdeutschen sowie 45 % der ostdeutschen Befragten geben an, sich öfters erschöpft oder erschlagen zu fühlen. Unter häufigen Kopfschmerzen zu leiden, geben jeweils etwa ein Viertel der Befragten in West- und Ostdeutschland an. Die durchschnittliche Anzahl der Besorgnissymptome nimmt über die Altersgruppen hinweg zu und kumuliert in der Altersgruppe ab 70 Jahren. Betrachtet man die Rangfolge der Besorgnissymptome innerhalb der höchsten Altersgruppe, dann werden neben dem Gefühl, sich öfters erschöpft und erschlagen zu fühlen, auch häufiger „Gefühle des Durcheinanders, wenn Dinge schnell getan werden müssen“ geäußert. In Ostdeutschland findet sich eine ähnliche Rangfolge der Besorgnissymptome bei den ab 70-Jährigen. Insgesamt liegt hier der Anteil der Personen, die mindestens ein Krankheitssymptom genannt haben, bei 63 % und ist damit höher als in Westdeutschland (47 %). Dieser Umstand ist vor allem auf die häufigere Nennung von Erschöpfungssymptomen in Ostdeutschland zurückzuführen.

Ein vergleichsweise kleiner Anteil älterer Menschen ist dagegen pflegebedürftig: 1998 geben 12 % in West- und 9 % in Ostdeutschland an, dauerhaft behindert oder pflegebedürftig zu sein. Dieser Anteil wird allerdings aufgrund des Erhebungsdesigns eher unterschätzt, da sich die ausgewiesene Größe nur auf Personen in Privathaushalten bezieht. Andererseits könnte eine Zunahme der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen infolge der Ein-

Abbildung 3-11

Altersspezifischer Anteil der Bevölkerung im früheren Bundesgebiet, der in den letzten vier Wochen krank war (Eigenangaben)



* Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Befragung (1992: Mai, sonst jeweils April) oder in den vier Wochen davor krank waren (in % derjenigen, die auf diese Frage geantwortet haben).
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Statistischen Bundesamts (Fachserie 12, Reihe S.3).

führung der Pflegeversicherung, mit der die Selbstständigkeit pflegebedürftiger älterer Menschen und ihr Verbleib in der eigenen Wohnung gefördert werden soll, zu erwarten sein (Noll & Schöb 2001).

Zur Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustandes werden die Sorgen über die Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit betrachtet. Der Anteil der Personen, die gesundheitliche Sorgen äußern, liegt bei den 70-Jährigen und Älteren weit über dem Durchschnitt: 44 % in Westdeutschland und 51 % in Ostdeutschland machen sich große Sorgen über ihre Gesundheit. Insgesamt nimmt der Anteil über die Altersgruppen deutlich zu, wobei sich für Ostdeutschland durchgängig höhere Werte ergeben.

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Gesundheit – gemessen auf einer elfstufigen Skala (0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) – erreicht einen Wert von 7,4 (West) bzw. 7,0 (Ost). Am wenigsten zufrieden mit ihrer Gesundheit ist die Gruppe der über 70-Jährigen mit einem Wert von 6,3 in Westdeutschland und 5,9 in Ostdeutschland. Zugleich ist der Anteil der Unzufriedenen mit 21 bzw. 34 % am höchsten (Noll & Schöb 2001).

Der Wohlfahrtssurvey liefert auch Hinweise, inwieweit sich der Gesundheitszustand zwischen 1993 und 1998 verändert hat. Bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren ging der Anteil dauerhaft Kranker/Behinderter in Westdeutschland nur geringfügig (1993: 13 %; 1998: 12 %) in Ostdeutschland dagegen deutlich zurück (1993: 17 %; 1998: 9 %).

Bezogen auf einzelne Besorgnissymptome zeigte sich hier ein heterogenes Bild: Innerhalb von fünf Jahren nahm in Westdeutschland die Häufigkeit bei einigen Symptomen (Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Herzklopfen, Gefühle des Durcheinanders) ab, Sorgen um die Gesundheit, Kopfschmerzen, und Zittern nahmen zu und bei zwei Symptomen (Nervosität, Ängste/Sorgen) änderte sich die Häufigkeit nicht. Dagegen war in Ostdeutschland – bis auf eine Ausnahme („Sorgen um die Gesundheit“) ein Rückgang in der Symptomhäufigkeit festzustellen.

Der Anteil der 70-Jährigen und Älteren, die mit ihrer Gesundheit eher unzufrieden waren, ging sowohl in Westdeutschland (1993: 26 %; 1998: 21 %) als auch in Ostdeutschland – allerdings auf einem wesentlich höheren Niveau – (1993: 40 %; 1998: 34 %) zurück.

Sowohl im Mikrozensus als auch im Wohlfahrtssurvey zeigt sich eine Tendenz, wonach die subjektiv eingeschätzte Krankheitsprävalenz bei älteren Menschen in den letzten Jahren abgenommen hat. Epidemiologisch wesentlich fundiertere Untersuchungen aus anderen Ländern wie die Göteburg-Studie kamen – auch für objektive Gesundheitsindikatoren – zu einem ähnlichen Ergebnis: Hier wurden in den 80er-Jahren die Jahrgänge 1901/1902 und 1911/1912 jeweils als 70-Jährige verglichen, und es wurde ein wesentlich besserer Gesundheitszustand der späteren Kohorte festgestellt (Svanborg et al. 1982), ein Ergebnis, das in einer Follow-up Studie in den 90er-Jahren weitgehend bestätigt werden konnte (Stehen et al. 1998).

In einer für Deutschland repräsentativen Erhebung über Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten wurden mithilfe von Interviews auch Informationen über Krankheiten gewonnen (Schneekloth et al. 1996). Die umgangssprachlichen Bezeichnungen für „andauernde Krankheiten, Beschwerden oder Behinderungen“ wurden im Klartext erfasst, verschlüsselt und mithilfe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 9) systematisiert. Den Autoren zufolge kann diese Art der Morbiditätserfassung aus methodischen Gründen nur einen orientierenden Überblick vermitteln. Insbesondere lassen die Daten keine zuverlässigen Prävalenzschätzungen für einzelne Krankheiten oder Beschwerden zu. Es wird deshalb im Folgenden lediglich das relative Gewicht der Krankheitsnennungen in Form von Rangreihen der sechs häufigsten Krankheiten dargestellt (vgl. Tabelle 3-37).

Danach stehen bei den 65- bis 79-Jährigen Gelenkerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Herzerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten der Blutgefäße und Hirngefäßkrankheiten. Mit Ausnahme der Krankheiten des Nervensystems gehören diese Erkrankungen bei den 80-Jährigen und Älteren – zum Teil mit unterschiedlicher Rangfolge – ebenfalls zu den häufigsten Erkrankungen. Im Unterschied zu den 65- bis 79-Jährigen sind die 80-Jährigen und Älteren häufiger von Sehbehinderungen betroffen.

Erwartungsgemäß ist das Risiko, dass chronische Krankheiten zu Hilfe- und Pflegebedarf führen, abhängig von der Art der Erkrankung und dem Alter der untersuchten Personen:

– In beiden Altersgruppen war der Hilfe- und Pflegebedarf bei den Personen mit Stoffwechselerkrankungen am niedrigsten (29 % bzw. 59 %) und bei den Personen mit Hirngefäßerkrankungen (insbesondere Schlaganfall) am höchsten (61 % bzw. 81 %).
– Bei den 80-Jährigen und Älteren fand sich bei allen Krankheiten ein höherer Hilfe- und Pflegebedarf als bei den 65- bis 79-Jährigen.

Ungleich differenzierter als in den bislang erwähnten Erhebungen wurde die Morbidität im Rahmen der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996) bestimmt. Die Erfassung körperlicher Gesundheit der 70-Jährigen und Älteren bezog sich auf sechs Schlüsselbereiche: objektive Gesundheit, funktionelle Kapazität, subjektive Gesundheit, Risikoprofil, Behandlungsbedarf und Referenzwerte. Alle Erkrankungen wurden entsprechend der ICD-9-Klassifikation diagnostiziert.

In Tabelle 3-38, Seite 120 sind die Prävalenzen der zehn häufigsten Erkrankungen dargestellt. Unter Berücksichtigung der Diagnosesicherheit sind etwa drei Viertel der Untersuchten von einer Fettstoffwechselstörung (Hyperlipidämie) und Venenleiden (Varikosis) betroffen. Ähnlich wie in der bundesweiten Studie von Schneekloth et. al. (1996) spielen Hirngefäßerkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats eine

Tabelle 3-37

Die sechs häufigsten Krankheiten bei älteren Menschen und Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger unter den älteren Menschen mit diesen Krankheiten

Krankheiten	65–79 Jahre		80 Jahre und älter	
	Rang	davon hilfs- und pflegebedürftig (%)	Rang	davon hilfs- und pflegebedürftig (%)
Gelenkerkrankungen	(1)	*40*	(1)	*74*
Herzerkrankungen	(2)	*31*	(2)	*64*
Sehbehinderungen	keineAngabe		(3)	*77*
Krankheiten der Blutgefäße insbesondere Arteriosklerose)	(5)	*35*	(4)	*70*
Hirngefäßkrankheiten (insbesondere Schlaganfall)	(6)	*61*	(5)	*81*
Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes)	(4)	*29*	(6)	*59*
Krankheiten des Nervensystems	(3)	*59*	keineAngabe	

Quelle: zusammengestellt nach Schneekloth et al. 1996.

Tabelle 3-38

Diagnosenprävalenz (die zehn häufigsten Erkrankungen) bei 70-Jährigen und Älteren in Berlin: Unterscheidung nach Diagnosesicherheit und objektivem und subjektivem Schweregrad

Diagnose (ICD 9)	Prävalenz gesamt (Sicherheit: mind. wahrscheinlich)	Prävalenz mittel- bis schwergradiger Erkrankungen	
		objektiv	subjektiv
	%		
Hyperlipidämie	*76,3*	*36,9*	---
Varikosis	*72,1*	*36,2*	*9,7*
Zerebralarteriosklerose	*65,0*	*15,2*	*6,1*
Herzinsuffizienz	*56,0*	*24,1*	*25,1*
Osteoarthrosen	*54,8*	*31,6*	*32,1*
Dorsopathien	*46,0*	*20,6*	*20,4*
Hypertonie	*45,6*	*18,4*	*0,8*
Harninkontinenz	*37,2*	*7,6*	*6,8*
Erregungsleitungsstörung	*35,7*	*16,7*	*0,6*
Arterielle Verschlusskrankheit	*35,6*	*18,4*	*10,4*
Gesamt (alle Erkrankungen)			
mindestens eine Diagnose	*99,6*	*96,0*	*71,3*
fünf und mehr Diagnosen	*94,0*	*30,2*	*6,0*

Quelle: nach Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996.

wichtige Rolle. Werden leichtgradig eingestufte Erkrankungen ausgeschlossen, so reduzieren sich die Prävalenzen erheblich, wobei deutliche Unterschiede zwischen objektiv und subjektiv eingestuftem Schweregrad bestehen. Subjektiv im Vordergrund stehen Erkrankungen des Bewegungsapparats (Osteoarthrosen, Dorsopathien) und die Herzinsuffizienz. Bezogen auf alle subjektiv mittel- bis schwergradigen Erkrankungen zeigte sich, dass 71,3 % der Untersuchten mindestens von einer Diagnose betroffen waren, 6,0 % sogar von fünf und mehr Diagnosen.

3.5.3.2 Epidemiologie ausgewählter Erkrankungen

3.5.3.2.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Obwohl die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter steil ansteigt, liegen gerade für die Gruppe der Hochaltrigen bislang vergleichsweise wenige Daten aus epidemiologischen Studien vor. In der in den USA durchgeführten Framingham Studie sind entsprechende Daten zwischenzeitlich durch eine knapp 50-jährige Nachbeobachtung der ursprünglich untersuchten Kohorte verfügbar (Vokonas & Kannel 1998). Die in dieser sowie weiteren einschlägigen Studien ermittelten epidemiologischen Befunde bezüglich der koronaren Herzkrankheit (KHK) sowie weiterer kardiovaskulärer Erkrankungen (Kuller 2000) bei Hochaltrigen werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

Inzidenz:

– Der Anstieg der Inzidenz der KHK mit dem Alter ist für Frauen im höheren Lebensalter besonders steil. Während die Inzidenz der KHK und des Schlaganfalls in allen übrigen Altersstufen bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen (wobei die Geschlechterdifferenz für die KHK deutlich größer ist als für den Schlaganfall), ist die Inzidenzrate der Frauen in der Gruppe der 85- bis 95-Jährigen ebenso hoch oder sogar höher als die der Männer.

– Bei hochaltrigen Frauen manifestiert sich KHK häufiger in Form von isolierter Angina pectoris, während bei Männern der Herzinfarkt (mit oder ohne Angina pectoris) die mit Abstand häufigste Manifestationsform der KHK darstellt.

– Der Anteil klinisch stummer Herzinfarkte sowie klinischer stummer Hirninfarkte nimmt im höheren Lebensalter deutlich zu.

Risikofaktoren:

Altersabhängige Veränderungen der Prävalenz finden sich bei nahezu allen etablierten Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen. So nimmt bei querschnittlicher Betrachtung der systolische Blutdruck mit zunehmendem Alter nahezu linear bis in die höchsten Altersgruppen mit dem Alter zu, während der diastolische Blutdruck oberhalb etwa des 70. Lebensjahrs tendenziell wieder abzunehmen scheint. Das Gesamtcholesterin nimmt, bei querschnittlicher Betrachtung, nach einem Anstieg im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter bei Männern etwa ab dem 50. Lebensjahr, bei Frauen etwa ab dem 60. Lebensjahr wieder ab. Bei hochaltrigen Frauen ist die Hypercholesterinämie häufiger als bei hochaltrigen Män-

nern. Ähnliche Muster finden sich für das LDL-Cholesterin. Das relative Gewicht nimmt im 8. und 9. Lebensjahrzehnt deutlich ab, Übergewicht bleibt jedoch, besonders bei Frauen, ein weit verbreiteter Risikofaktor auch noch im 9. Lebensjahrzehnt. Bei der Abnahme der Prävalenz dieser Risikofaktoren in den höchsten Altersgruppen ist jedoch die selektive Übersterblichkeit der Personen mit diesen Risikofaktoren zu beachten. Bei längsschnittlicher Betrachtung derselben Personengruppe wird zumeist eine weitere Zunahme bis in die höchste Altersgruppe beobachtet. Die Raucherprävalenz nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab; auch hier spielen sowohl die Aufgabe des Rauchens als auch der deutliche differenzielle Überlebensvorteil der Nichtraucher eine Rolle.

Trotz der Grenzen verfügbarer Daten mehren sich die Anhaltspunkte dafür, dass die Zusammenhänge zwischen den etablierten Risikofaktoren und dem Auftreten der KHK bei Hochaltrigen nicht grundsätzlich anders sind als in jüngeren Altersstufen, für die eine unvergleichlich breitere Datenbasis vorliegt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996, Corti et al. 1996). Insbesondere setzt sich die starke Beziehung zwischen erhöhtem Blutdruck und dem Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen bis in die höchsten Altersstufen fort. Zusammen mit dem starken Anstieg der Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter unterstreicht dies die Bedeutung der Blutdrucknormalisierung auch bei Hochaltrigen, deren Effektivität in Bezug auf die Senkung des Risikos kardiovaskulärer Ereignisse zwischenzeitlich durch randomisierte Interventionsstudien auch für ältere Patienten gut belegt ist (Mulrow et al. 1994; Perry et al. 2000), wenngleich hier noch weiterer spezifischer Forschungsbedarf besteht (Forette et al. 2000). Der Quotient aus Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin sowie Indikatoren einer eingeschränkten Glukosetoleranz sind im höheren Lebensalter ähnlich prädiktiv für das KHK-Risiko wie in jüngeren Altersstufen. Die linksventrikuläre Hypertrophie ist bei Hochaltrigen ein besonders aussagekräftiger unabhängiger Prädiktor für die KHK und weitere kardiovaskuläre Erkrankungen. Trotz der reduzierten Raucherprävalenz findet sich auch bei Hochaltrigen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und verschiedenen kardiovaskulären Erkrankungen. Die protektive Wirkung selbst leichterer körperlicher Aktivität setzt sich bis ins höchste Lebensalter fort (Christmas & Andersen 2000). Trotz der genannten klaren Zusammenhänge können die etablierten Risikofaktoren bei Hochaltrigen ebenso wie bei jüngeren Altersgruppen das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen nur sehr unvollständig erklären, was den weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich unterstreicht. Die zunehmende Evidenz, dass atherosklerotische Veränderungen einen entzündlichen Prozess darstellen (Ross, R. 1999), könnte hier richtungweisend sein.

Vor dem Hintergrund der herausragenden Bedeutung des Bluthochdrucks für das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse, insbesondere den Schlaganfall, ist die hohe Prävalenz und der niedrige Behandlungsgrad des Blutdrucks in der älteren Bevölkerung in Deutschland Besorgnis erregend. So fand sich in der STEPHY-Studie, einem 1992 durchgeführten Survey an knapp 1 000 Männern und Frauen über 65 Jahren, in allen Altersgruppen (einschließlich der Gruppe der über 85-Jährigen) eine Hypertonieprävalenz von ca. 50 % (Trenkwalder et al. 1994). 54 % der Hypertoniker waren behandelt, und bei weniger als der Hälfte der behandelten Hypertoniker lag der Blutdruck im Normbereich. In einem zwischenzeitlich durchgeführten knapp dreijährigen Follow-up der Studienteilnehmer fand sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen Hypertonie und dem Auftreten eines Herzinfarkts (Trenkwalder et al. 1999).

3.5.3.2.2 Krebserkrankungen

Die aktuellsten verfügbaren Daten zur Krebsinzidenz aus dem Krebsregister Saarland beziehen sich auf das Jahr 1997. Die Daten sind nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht aufgeschlüsselt, wobei jedoch die über 85-Jährigen, die zusammen ca. 2 % der Saarländischen Bevölkerung ausmachen, in einer Gruppe zusammengefasst sind. Wie Tabelle 3-39, Seite 122, zeigt, nimmt die Inzidenz bösartiger Neubildungen mit dem Alter bis in die höchste Altersgruppe bei den Frauen stetig zu, bei den Männern scheint ab etwa 80 Jahren ein Plateau erreicht zu sein, in der höchsten Altersgruppe scheint die Inzidenz sogar wieder etwas abzunehmen. Dieser scheinbare Rückgang ist jedoch mit größter Vorsicht zu interpretieren, da in den höchsten Altersgruppen mit einer erheblichen Dunkelziffer durch nicht diagnostizierte Krebserkrankungen zu rechnen ist. Dennoch entfallen von allen registrierten Neuerkrankungen an Krebs bei den Frauen ca. 20 %, bei den Männern ca. 10 % auf die über 80-Jährigen (bei einem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von ca. 6 % bzw. 2 %). Aus den Inzidenzen lässt sich auch die Wahrscheinlichkeit einer Neudiagnose einer Krebserkrankung zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr für Personen berechnen, die nicht zuvor an einer anderweitigen Erkrankung versterben. Diese Wahrscheinlichkeit beträgt für Frauen 18 %, für Männer 27 %. Die entsprechenden Wahrscheinlichkeiten einer Neuerkrankung zwischen dem 80. und dem 100. Lebensjahr betragen 37 % (Frauen) bzw. 51 % (Männer).

Tabelle 3-40, Seite 122, gibt einen Überblick über die häufigsten Krebsdiagnosen bei über 80-jährigen Frauen und Männern. Bei den Frauen stehen die Krebserkrankungen im Dick- bzw. Mastdarm mit über 20 % an der Spitze, gefolgt von Hautkrebs und Brustkrebs. Bei den über 80-jährigen Männern ist Prostatakrebs mit ca. 20 % die häufigste Krebsdiagnose, gefolgt von Hautkrebs und Lungenkrebs. Bei Hautkrebs, der häufig ambulant zu behandeln und gut heilbar ist, ist auch in einem ansonsten sehr vollständigen Krebsregister wie dem Krebsregister Saarland mit einer gewissen Untererfassung zu rechnen. Die übrigen häufigen Krebserkrankungen sind jedoch sehr schwerwiegend und mit erheblichen Einbußen an Lebenserwartung und Lebensqualität verbunden. Dies gilt insbesondere für Karzinome im Dick- und Mastdarm, für die andererseits ein bisher in Deutschland weitgehend ungenutztes Potenzial kosteneffektiver Prävention mittels endoskopischer Vorsorgeuntersuchungen besteht (Sonnenberg et al. 2000, Brenner et al. 2001).

Tabelle 3-39

Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht

Alter	Frauen			Männer		
	Fälle	Bevölkerung	Inzidenz[1]	Fälle	Bevölkerung	Inzidenz[1]
40–44	109	40.161	271,4	73	42.173	173,1
45–49	151	36.916	409,0	125	38.928	321,1
50–54	152	27.549	551,7	136	27.859	488,2
55–59	283	40.047	706,7	351	38.858	903,3
60–64	284	35.854	792,1	427	33.815	1.262,8
65–69	332	31.940	1.039,4	517	27.802	1.859,6
70–74	408	32.260	1.264,7	446	19.903	2.240,9
75–79	328	22.619	1.450,1	317	11.381	2.785,3
80–84	263	15.279	1.721,3	173	5.983	2.891,5
• 85	271	14.534	1.864,6	100	4.058	2.464,3

[1] Fälle pro 100 000 pro Jahr.
Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Tabelle 3-40

Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Frauen und Männern

Rang	Frauen		Männer	
	Tumorlokalisation	Anteil	Tumorlokalisation	Anteil
1.	Dickdarm, Mastdarm	*21,4 %*	Prostata	*19,8 %*
2.	Haut (ohne Melanome)	*18,2 %*	Haut (ohne Melanome)	*16,5 %*
3.	Brust	*13,3 %*	Lunge	*13,9 %*
4.	Magen	*7,1 %*	Dickdarm, Mastdarm	*12,5 %*
5.	Lunge	*4,9 %*	Magen	*8,1 %*
6.	Bauchspeicheldrüse	*4,3 %*	Harnblase	*3,3 %*
7.	Gebärmutterkörper	*3,6 %*	Niere	*2,9 %*

Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Analytisch-epidemiologische Studien zu Risikofaktoren verschiedener Krebserkrankungen haben in der Vergangenheit, ebenso wie Therapiestudien, hochaltrige Patientinnen und Patienten aus logistischen Gründen zumeist ganz ausgeschlossen. In den wenigen Studien, in denen dies nicht der Fall war, wurde zumeist keine nach dem Alter aufgeschlüsselte Rolle der Risikofaktoren vorgenommen. Insofern sind Risikofaktoren von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen weit weniger gut erforscht als dies für jüngere Altersstufen der Fall ist (Turner et al. 1999).

Dennoch stehen einige Besonderheiten der Epidemiologie von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter außer Frage: Insgesamt spielt die familiäre Vorgeschichte oder Prädisposition, die sich bei fast allen Krebsarten findet (mit zumeist ca. 2- bis 5fach erhöhten Risiken bei Vorkommen der betreffenden Krebsart bei Verwandten ersten Grades) und überwiegend auf (noch sehr unvollständig identifizierte) erbliche Faktoren zurückgehen dürfte (La Vecchia et al. 1992), im höheren Lebensalter eine zunehmend geringere Rolle. Entsprechend größer wird die Rolle exogener Faktoren wie Lebensstilfaktoren, Ernährung und Umweltfaktoren (Doll 1998), die prinzipiell durch Präventionsmaßnahmen zu beeinflussen sind. Angesichts der langen Latenzzeit zwischen Auftreten erster kanzeröser Veränderungen und der klinischen Manifestation vieler Krebserkrankungen liegen die Ursachen von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen häufig lange Zeit zurück, und entsprechend müssen Anstrengungen zur Prävention in allen Altersstufen erfolgen.

An erster Stelle stellt das Rauchen den wichtigsten Einzel-Risikofaktor dar. Es wird für knapp 40 % aller Krebstodesfälle bei Männern und knapp 10 % aller Krebstodesfälle bei Frauen in Deutschland verantwortlich gemacht (Doll 1998). Entsprechend wäre die eindeutig wirksamste Präventivmaßnahme die Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung. Selbst bei starken Rauchern kann die Raucherentwöhnung im mittleren Erwachsenenalter noch den größten Teil der Morbidität und Mortalität an Krebserkrankungen im höheren Lebensalter verhindern (Peto et al. 2000). Leider genießen Maßnahmen zur Reduktion des Rauchens in Deutschland nach wie vor nur einen geringen Stellenwert, und bis heute sind keine wesentlichen Erfolge in der Reduktion der Raucherprävalenz in der Bevölkerung zu verzeichnen.

An zweiter Stelle in der Wichtigkeit exogener Faktoren rangieren Ernährungsgewohnheiten, gefolgt von Infektionen und Umweltfaktoren. Beispiele für Ernährungsfaktoren betreffen die zu hohe Gesamtkalorienzufuhr, sowie ein hoher Konsum an rotem Fleisch und tierischen Fetten, die für westliche Ernährungsgewohnheiten typisch sind, oder den zu geringen Konsum von Obst und Gemüse. Während die Beeinflussung von Ernährungsgewohnheiten erfahrungsgemäß sehr schwierig ist, werden Hoffnungen zwischenzeitlich auch auf eine Senkung der künftigen Krebsmorbidität durch gezielte Zufuhr protektiver Substanzen im Sinne einer Chemoprävention gesetzt (z. B. Brawley, O.W. & Parnes 2000).

Ein Beispiel für die Rolle von Infektionen ist die Infektion mit dem Magenbakterium Helicobacter pylori, die heute als einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten von Magenkrebs gilt. Träger der Infektion haben diese zumeist in der frühen Kindheit erworben und behalten sie häufig bis ins hohe Alter, sofern keine spezifische Behandlung erfolgt. Dies ist ein klassisches Beispiel dafür, wie exogene Faktoren der gesamten Lebensspanne (einschließlich der frühen Kindheit) das Erkrankungsspektrum im hohen Lebensalter determinieren können. Langfristig wirksame Präventionsmaßnahmen könnten hier die gezielte Eradikation der Infektion bei Personen mit erhöhtem Risiko im jüngeren Erwachsenenalter (Brenner et al. 2000) oder derzeit noch in Entwicklung befindliche Impfungen in der frühen Kindheit sein (Del Giudice et al. 2001).

Neben der Primärprävention sollte in den kommenden Jahren eine Senkung der Krebsmorbidität und Krebsmortalität mittels Weiterentwicklung und qualitätsgesichertem Einsatz geeigneter Screeningverfahren zunehmende Bedeutung erlangen (Brawer 2000; Brenner et al. 2001).

3.5.3.2.3 Neurologische Erkrankungen

Schlaganfall

Der Schlaganfall zählt zu den häufigsten schwerwiegenden Erkrankungen im höheren Lebensalter. Der Schlaganfall ist für ca. 15 % aller Todesfälle oberhalb des 75. Lebensjahrs (Statistisches Bundesamt 2000f) und für ca. 20 % aller Fälle von Pflegebedürftigkeit verantwortlich (Kliebsch et al. 2000b). Publizierte Schätzungen der Gesamtzahl der in Deutschland pro Jahr auftretenden Schlaganfälle variieren zwischen 120 000 und 350 000, wobei häufig keine adäquaten Qellenangaben vorliegen (Berger et al. 2000).

Im Zeitraum 1994 bis 1996 fand sich im Erlangener Schlaganfallregister eine jährliche Schlaganfallinzidenz von 174 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner über alle Altersgruppen. Hiervon waren knapp 80 % ischämisch bedingt (Hirninfarkte). Es war ein steiler Anstieg der Inzidenz von vier pro 100 000 in der Altersgruppe 25 bis 34 auf über 2 100 pro 100 000 in der Altersgruppe der über 84-Jährigen zu verzeichnen (Kolominsky-Rabas et al. 1998).

Vom Schlaganfallregister Zwickau liegen Daten zur Schlaganfallinzidenz für den Zeitraum 1984 bis 1993 vor. Sie stieg für Männer von 8,5 pro 100 000 pro Jahr in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre auf 1 004,9 in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre. Bei den Frauen war die Inzidenz insgesamt etwas niedriger und stieg von 11,3 pro 100 000 pro Jahr in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre auf 778,5 in der Altersgruppe 65 bis 74 an. Die Inzidenzen in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre waren in Zwickau sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich höher als in Erlangen. Dies legt die Vermutung nahe, dass ähnliche Unterschiede auch im höheren Alter zu erwarten wären, was angesichts der Datenlage aber nicht überprüft werden kann. Auch bleibt angesichts der unterschiedlichen Zeiträume der Registrierung (Registrierung in Zwickau 1993 eingestellt, in Erlangen 1994 begonnen) unklar, ob die Unterschiede regional oder aber durch einen Rückgang der Schlaganfallinzidenz in den 90er-Jahren bedingt sind. Zur Beantwortung dieser Fragen wäre es dringend wünschenswert, dass aussagekräftige epidemiologische Schlaganfallregister, die die Hochaltrigen, die Gruppe mit der höchsten Schlaganfallinzidenz, nicht ausschließen, sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern aufgebaut bzw. kontinuierlich fortgeführt werden.

Aus dem europäischen Raum gibt es mittlerweile mehrere bevölkerungsbezogene Längsschnittstudien zur Inzidenz und Prävalenz chronischer Erkrankungen bei älteren Erwachsenen, die zusammengefasst auch Aussagen zur Inzidenz und Prävalenz des Schlaganfalls bei Hochaltrigen ermöglichen (Launer & Hofman 2000). Die wohl wichtigsten Studien sind die finnische Kuopio Studie (Zufallsstichprobe der Bevölkerung über 65 Jahren, Koivisto 1995), das schwedische Kungsholmen Projekt (alle über 75-jährigen Personen, Fratiglioni et al. 1992), die dänische Odense Studie (Zufallsstichprobe der 65- bis 85-Jährigen, Andersen et al. 1997), die österreichische Schlaganfallpräventionsstudie (stratifizierte Zufallsstichprobe der 50- bis 75-jährigen Grazer, Schmidt et al. 1994), die deutsche STEPHY[28] Studie (über 65-Jährige aus zwei ländlichen Gemeinden um München, Trenkwalder et al. 1995), die holländische Rotterdam Studie (Personen über 55 Jahre, Hofman et al. 1991a), die englische Melton

[28] Starnberg Trial on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY) Studie.

Mowbray Studie (über 75-Jährige, Clarke et al. 1991), die englische MRC-ALPHA[29] Studie (keine Altersbeschränkung, Saunders, P. A. et al. 1992), die französische PAQUID[30] Studie (keine Altersbeschränkung, Gagnon et al. 1990), die spanische Pamplona Studie (Alter zwischen 70 und 89 Jahre, Manubens et al. 1995), die spanische Zaragoza Studie (keine Altersbeschränkung, Lobo et al. 1995), das spanische ZARADEMP[31] Projekt (über 55-Jährige, Lobo et al. 1992) und die italienische ILSA[32] Studie (65- bis 84-Jährige, Maggi et al. 1994).

Trotz Rückgang der Sterblichkeit an Schlaganfall im zeitlichen Verlauf, der wahrscheinlich hauptsächlich auf eine verbesserte Kontrolle der Risikofaktoren, insbesondere der arteriellen Hypertonie, zurückzuführen ist, ist die Erkrankungshäufigkeit in den letzten Jahren konstant geblieben (Bonita 1993; Feinleib et al. 1993). In den europäischen Studien stieg die Lebenszeitprävalenz von Schlaganfall mit dem Alter von unter 1 % bei den unter 60-Jährigen bis knapp 10 % bei den über 85-Jährigen an (Di Carlo et al. 2000). Während bei den Frauen die Prävalenz mit dem Alter kontinuierlich anstieg, schien sie bei den Männern über 90 Jahren mit 6,3 % gegenüber den 85- bis 90-Jährigen (9,9 %) etwas abzufallen. Dies dürfte jedoch auf eine erhöhte Sterblichkeit zurückzuführen sein, da die Inzidenz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich anstieg. Bis unter 90 Jahre war die Inzidenz bei den Männern höher als bei den Frauen, bei den über 90-Jährigen war die Inzidenz mit 43 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den Frauen hingegen sogar etwas höher als bei den Männern (38 pro 1 000 Personen pro Jahr, Di Carlo et al. 2000).

Trotz der Häufigkeit des Schlaganfalls bei Hochaltrigen fehlen insbesondere epidemiologische Daten zu den oft schwerwiegenden Folgen des Schlaganfalls wie Lähmungen, Einschränkungen der Sprache und der kognitiven Funktionen sowie Epilepsien fast vollständig.

Parkinson'sche Erkrankung

Auch die Prävalenz der Parkinson'schen Krankheit stieg in den o.g. Studien mit dem Alter von 0,6 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis maximal 2,6 % bei den 85- bis 89-Jährigen an (De Rijk et al. 2000). Interessanterweise war die Prävalenz bei den 80- bis 84-jährigen Männern mit 3,6 % am höchsten, um anschließend mit zunehmendem Alter kontinuierlich abzufallen. Bei den Frauen hingegen stieg die Prävalenz mit zunehmendem Alter kontinuierlich (wenn auch nur gering) an. Zwischen den einzelnen Ländern konnte eine geringe Variation ohne klares Muster festgestellt werden. Zur Inzidenz der Parkinson'schen Krankheit stehen trotz der Größe der Studien keine ausreichenden Daten zur Verfügung (De Rijk et al. 2000).

[29] Medical Research Council (MRC)-Alpha Studie.
[30] Personnes Agées QUID? (PAQUID) Studie.
[31] Zaragoza Study: Incidence of Dementia and other Psychiatric Conditions in the Elderly (ZARADEMP).
[32] The Italien Longitudinal Study on Aging (ILSA).

Der Schlaganfall und die Parkinson'sche Erkrankung folgen, wie auch die an anderer Stelle beschriebene Demenz, einem sehr ähnlichen epidemiologischen Muster mit (exponentieller) Zunahme der Inzidenz mit dem Alter. Dieses epidemiologische Muster spricht für einen chronisch degenerativen Prozess oder eine weit verbreitete chronische Exposition mit dem Alter als Hauptrisikofaktor. Selbstverständlich sind für diese Erkrankungen weitere Risikofaktoren bekannt oder werden als solche diskutiert. Dies gilt insbesondere für den Schlaganfall mit den weithin bekannten Risikofaktoren für Herzkreislauferkrankungen (Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)) als wichtige (vermeidbare) Risikofaktoren (vgl. 3.5.3.1). Für die Parkinson'sche Erkrankung werden eine positive Familienanamnese, monogenetische Ursachen (Payami & Zareparsi 1998) sowie berufliche Expositionen gegenüber bestimmten Metallen (Gorell et al. 1999) als Risikofaktoren diskutiert. Insgesamt ist im Gegensatz zu den umfassenden Erkenntnissen zur Pathogenese der Parkinson'schen Erkrankung über deren Risikofaktoren sehr wenig bekannt. Sowohl die bisher gesicherten genetischen Faktoren als auch mögliche Umweltfaktoren dürften auf der Bevölkerungsebene im Vergleich zum Alter jedoch eine eher untergeordnete Bedeutung spielen.

3.5.3.2.4 Psychiatrische Erkrankungen

Da die Erfassung psychischer Erkrankungen im Rahmen von Routinestatistiken besonders unzuverlässig ist, empfiehlt es sich, auf regional begrenzte, methodisch aber sorgfältig durchgeführte epidemiologische Untersuchungen, wie die Feldstudien in Berlin, Göttingen, Mannheim und Oberbayern, zurückzugreifen (Tabelle 3-41). Trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Klassifikationssysteme kommen die in Deutschland bislang durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass etwa ein Viertel der Altenbevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet. Damit liegen die Werte etwas höher im Vergleich zu Erwachsenen jungen und mittleren Alters.

Aufgrund der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen in den einzelnen Studien kann sich der folgende Vergleich nur auf relativ grobe Untergruppen beziehen: Es zeigt sich, dass bei älteren Menschen Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen mit Prävalenzen zwischen 8,7 % und 11,6 % im Vordergrund stehen. Die Prävalenz funktioneller Psychosen liegt zwischen 1,3 % und 3,4 %.

Demenz

Die Epidemiologie der Demenz wird unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Deutschland im Kapitel 3.6.3 ausführlich behandelt. An dieser Stelle erfolgt daher nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten epidemiologischen Daten zur Prävalenz und Inzidenz der Demenz aus den weiter oben beschriebenen epidemiologischen Studien aus Europa.

Die Prävalenz der Demenz steigt mit dem Alter stark an (0,8 % bei 65- bis 69-Jährigen; 28,5 % bei über 90-Jährigen) (Fratiglioni et al. 2000). Ab dem ca. 80. Lebensjahr

Tabelle 3-41

Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien

Autoren/ Ort	N (Alter)	Mittelschwere und schwere Demenzen	Leichte Demenzen	Funktionelle Psychosen	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen u. a.	Gesamt
		Angaben in %				
Krauss et al. 1977 Göttingen	350 (70+)	*7,6*	*5,4*	*3,0*	*9,6*	*25,6*
Cooper, B. & Sosna 1983 Mannheim	519 (65+)	*6,0*	*5,4*	*2,2*	*10,8*	*24,4*
Weyerer & Dilling 1984 Oberbayern	295 (65+)	*3,5*	*5,0*	*3,4*	*10,2*	*23,1*
Fichter, M. M. 1990 Oberbayern	358 (65+)	*8, 7*	–	*1,7*	*8,7*	*22,9*
Helmchen et al. 1996 Berlin	516 (70+)	*9,2*	*4,7*	*1,3*	*11,6*	*23,5*

scheint die Prävalenz der Demenz bei Frauen stärker anzusteigen als bei Männern, was auf die höhere Prävalenz der Demenz vom Alzheimertyp bei Frauen zurückgeführt werden kann. Insgesamt können mehr als 50 % der Demenzen dem Alzheimertyp und ca. 15 % dem vaskulären Typ zugeordnet werden (Lobo et al. 2000). Die Variation zwischen den einzelnen Ländern ist gering und betrifft vorwiegend die Prävalenz der vaskulären Demenz. Auch die Inzidenz (Neuerkrankungen) steigt mit dem Alter stark an (2,4 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den 65- bis 69-Jährigen; 70,2 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den über 90-Jährigen), wobei dies insbesondere die Frauen betrifft, bei den Männern deutet sich eine Abflachung des Anstiegs nach dem 85. Lebensjahr an (Fratiglioni et al. 2000). Hierdurch ist die Inzidenz insbesondere bei den über 90-jährigen Frauen mit über 80 pro 1 000 Personen pro Jahr mehr als doppelt so hoch wie bei den altersentsprechenden Männern (40 pro 1 000 Personen pro Jahr), wobei bei der Interpretation die Ungenauigkeit der Schätzung aufgrund kleiner Fallzahlen insbesondere bei den Männern berücksichtigt werden muss. Der Anstieg der Inzidenz mit dem Alter ist in den nordwestlichen Ländern ausgeprägter als in den südlichen Ländern.

Bezüglich der Einteilung der Demenz gibt es gerade aus jüngster Zeit Bestrebungen, die früher bevorzugte, jedoch in der Praxis nur durch aufwendige diagnostische Tests (inklusive Computertomographie) zu treffende Unterscheidung zwischen Demenzen vom Alzheimer-Typ und vaskulären Demenzen, zu verlassen (Stürmer et al. 1996; Aguero-Torres & Winblad 2000). Dies scheint insbesondere deshalb sinnvoll, da zunehmend Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen auch als Risikofaktoren für die Demenz vom Alzheimer-Typ erkannt werden (Kudo et al. 2000; Breteler 2000). Die Untersuchung von Risikofaktoren für Herzkreislauferkrankungen als Risikofaktoren aller Formen der Demenz (Anstey & Christensen 2000; Hachinski & Munoz 2000; Kumari et al. 2000; Schmidt et al. 2000) erscheint insbesondere aus der Public Health Perspektive Erfolg versprechend, da hieraus Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden könnten. Neben den kardiovaskulären Risikofaktoren sind genetische Faktoren (Thomas et al. 2000), die Rolle von Depressionen bei der Entstehung und der Diagnose von Demenzen sowie selbstverständlich die medikamentöse Beeinflussung des akuten und chronischen Verlaufs dieser Erkrankungen von besonderem Interesse.

Depressionen

Depressionen gehören nach den demenziellen Syndromen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Da Depressionen ein Kontinuum bilden, das von leichten Verstimmungen bis zu schwersten Störungen reicht, sind die Angaben zur Häufigkeit sehr stark von den verwendeten Fallkriterien abhängig. Schwere Depressionen liegen bei den über 65-Jährigen zwischen 0,7 % in der in den USA durchgeführten Epidemiological Catchment Area (ECA) Studie (Robins & Regier 1991) und 5,8 % unter den über 70-Jährigen in der Berliner Altersstudie (Helmchen et al. 1996). Frühere Untersuchungen bei über 65-Jährigen in Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983) und in einer kleinstädtisch-ländlichen Region Oberbayerns (Weyerer & Dilling 1984) ergaben Prävalenzen von 2,1 bzw. 3,4 %.

Fasst man mittelschwere und schwere Depressionen zusammen, so liegen die Prävalenzen zwischen 8 und 16 %, berücksichtigt man zusätzlich leichtere Schweregrade, so

erhöhen sich die Prävalenzen auf 10 bis 25 % (Helmchen & Kanowski 2000). Im Allgemeinen ergaben die Studien, dass Prävalenz und Inzidenz von krankheitswertigen Depressionen bei älteren Menschen nicht höher sind als bei jüngeren. Auch jenseits des 65. Lebensjahrs scheinen die Prävalenzen nicht anzusteigen. Bezogen auf die 85-Jährigen und Älteren fand sich in den USA (ECA-Studie) und in München eine Prävalenz von 2,0 bzw. 1,4 % für „Major Depression“ und 2,0 bzw. 5,1 % für weniger schwere Depressionen (Dysthymie) (Fichter, M. M. et al. 1995).

Ähnlich wie in den jüngeren Altersgruppen finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auch im höheren Alter. Depressive Störungen treten bei den Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Für beide Geschlechter findet sich ein höheres Erkrankungsrisiko bei Verwitweten und Geschiedenen, bei Älteren, die sich im frühen Stadium eines Demenzprozesses befinden, an akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen leiden oder in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, Verlusterlebnisse hinnehmen mussten, ökonomisch schlecht gestellt sind und über Einsamkeit oder nicht zufrieden stellende soziale Beziehungen klagen. Objektive Indikatoren für soziale Isolation wie ein Leben im Einpersonenhaushalt zeigen in der Regel keine enge Assoziation zum Auftreten depressiver Störungen (Murphy, E. 1982; Bickel 1997).

Suizidales Verhalten

Dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt & Robert-Koch-Institut 1998) zufolge gab es 1995 insgesamt 12 888 Todesfälle wegen Suizid. Die standardisierte Sterbeziffer lag bei 14,6 je 100 000 Einwohner. Damit liegt Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern im mittleren Bereich. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (14,6) war die Rate in den neuen Bundesländern mit 17,5 deutlich höher, wobei traditionell Sachsen (22,0), Thüringen (18,7) und Sachsen-Anhalt (18,3) an der Spitze stehen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998). Bemerkenswert ist das Sinken der Suizidhäufigkeit in den neuen und alten Bundesländern seit den 80er-Jahren, ein Trend, der sich weiter fortzusetzen scheint. In Deutschland lag die Anzahl der Todesfälle wegen Suizid 1999 bei 11 157.

Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass Suizide bei älteren Menschen wesentlich häufiger auftreten als bei jüngeren. Dies gilt auch für Deutschland: Während die Gesamtsuizidrate 1997 für Männer 22,1 und für Frauen 8,1 pro 100 000 Einwohner betrug, war die Rate bei den über 60-jährigen Männern mit 38,4 und auch bei den über 60-jährigen Frauen mit 15,2 deutlich höher. Die hohen Raten bei den Männern sind hauptsächlich auf den steilen Anstieg jenseits des 80. Lebensjahrs zurückzuführen.

Aufgrund spezifischer Probleme der Todesursachenbestimmung im Alter dürfte die tatsächliche Suizidrate noch höher sein: Latente suizidale Verhaltensweisen wie das Einstellen der Nahrungszufuhr, mit der Absicht zu sterben, sind häufig schwer zu erkennen. Aufgrund der erhöhten Multimorbidität werden bei der Dokumentation der Todesursachen suizidale Handlungen nicht immer angegeben.

Im Vergleich zur Erfassung der Suizidhäufigkeit ist es noch wesentlich schwieriger, Suizidversuche zuverlässig zu registrieren. Die Bandbreite der als Suizidversuch bezeichneten Handlungen reicht von dem als ernsthaft eingestuften Selbsttötungsversuch („missglückter Suizid“) bis zu selbstschädigendem Verhalten, dem objektiv und auch von der Absicht her keine tödliche Wirkung unterstellt werden kann.

Untersuchungen zur Häufigkeit suizidalen Verhaltens belegen eindeutig, dass im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen Suizide wesentlich häufiger, Suizidversuche dagegen seltener bei älteren Menschen auftreten. Zu den Suizidversuchen älterer Menschen liegen nur wenige Daten vor. Nach der WHO/EURO-Multicentre-Study, die zur Erhebung möglichst valider Suizidversuchsraten in Europa durchgeführt wurde, sind jedoch auch in den älteren Altersgruppen noch relativ häufig Suizidversuche zu finden: 1997 betrug die geschätzte Suizidversuchsrate über 60-jähriger Männer 41/100 000 und die der über 60-jährigen Frauen 44/100 000. Bei älteren Männern verläuft nach einem Suizidversuch der Erstkontakt mit Gesundheitseinrichtungen meist über ein Allgemeinkrankenhaus, bei älteren Frauen dagegen häufiger über den Hausarzt (Schmidtke et al. 2000).

Aktuelle psychiatrische, vor allem depressive Erkrankungen, zählen zu den wichtigsten Ursachen für suizidales Handeln. Anamnestischen Angaben zufolge liegen bei 36 bis 90 % aller Suizidenten depressive Störungen vor (Lonnqvist 2000). Als weitere Risikofaktoren für suizidales Verhalten im höheren Alter werden häufig genannt: Psychotische Erkrankungen oder Suizide in der Familie, frühere depressive Phasen und Suizidversuche, Abnahme körperlicher Leistungsfähigkeit, chronische Erkrankungen mit tödlichem Ausgang und Erkrankungen mit Schmerzen, Abnahme des sozialen Unterstützungspotenzials (z. B. durch Todesfälle) und Probleme mit Statusverlust (z. B. durch Berentung).

Auch wenn sich bei älteren Menschen das suizidale Verhalten nicht ändert, werden in Deutschland allein durch die Veränderung der Alterspyramide die Absolutzahlen von Suiziden und Suizidversuchen älterer Menschen zunehmen. Suizidprophylaxe und -therapie ist daher eine vordringliche Aufgabe. Im Vergleich zu jüngeren Menschen wird primäre, sekundäre und tertiäre Suizidprävention für alte Menschen stark vernachlässigt. Spezifische Suizidpräventionsstudien bei älteren Menschen liegen bislang kaum vor (De Leo et al. 1995).

Angststörungen

Im Vergleich zu Demenz und Depression liegen über Angsterkrankungen im Alter nur relativ wenige epidemiologische Befunde vor. In der ECA-Studie (Robins & Regier 1991) lag die Gesamtprävalenz der Angsterkrankungen bei 5,5 %, wobei phobische Störungen (spezifische Phobien, soziale Phobien, Agoraphobien) mit 4,8 % die größte Untergruppe darstellen. Mit deutlichem Abstand folgten Zwangsstörungen (0,8 %) und Panikstörungen (0,1 %). Diese Rangfolge spiegelt sich auch in der Übersicht von Helmchen und Kanowski (2000) wider. Danach schwanken bei den über 65-Jährigen die Raten für

Angststörungen insgesamt zwischen 5 und 10 %, für Phobien zwischen 5 und 9 %, für Zwangsstörungen zwischen 0,8 und 0,9 % und für Panikstörungen zwischen 0,1 und 0,4 %. Auch bei älteren Menschen treten Angsterkrankungen bei Frauen häufiger auf als bei Männern.

Eigentlich würde man erwarten, dass Risikofaktoren, die mit dem Alter einhergehen, wie soziale Isolation, materielle Armut, somatische Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen, der Tod naher Angehöriger und auch das Herannahen des eigenen Todes, zu einem erheblichen Prävalenzanstieg von Angsterkrankungen führen müssten. Entgegen der Erwartung ergaben epidemiologische Studien, die sich auf das gesamte Erwachsenenenalter bezogen, dass die Prävalenzen für die über 65-Jährigen konsistent niedriger waren als für die jüngeren Altersgruppen. Jorm (2000) ist in einer Übersichtsarbeit der Frage nachgegangen, welche Ursachen für diesen Rückgang verantwortlich sein könnten. Er kam zu dem Ergebnis, dass tatsächlich von einem Rückgang der Prävalenz mit steigendem Alter auszugehen ist, wenn konfundierende Faktoren, die mit dem Alter kovariieren, kontrolliert werden. Hingegen scheinen Stichprobenartefakte (überproportionaler Ausschluss von institutionalisierten Probanden, selektive Mortalität) keine bedeutsame Rolle für diesen Trend zu spielen, allerdings können sekundäre Faktoren (z. B. Kohorteneffekte) nicht ausgeschlossen werden. Um ihren Einfluss zu überprüfen, wären sehr aufwendige Kohortenstudien nötig, die bislang nicht existieren. Protektive Faktoren, wie z. B. verbesserte emotionale Kontrolle und psychologische Immunisierung oder auch verminderte emotionale Responsivität könnten den beobachteten Trend erklären (Schaub & Linden 2000).

Schizophrenie und paranoide Syndrome

Die Lebenszeitprävalenz schizophrener Psychosen beträgt etwa 0,5 bis 1 %. Die Mehrzahl der Patienten erkrankt erstmals im jungen Erwachsenenalter, Männer in der Regel früher als Frauen, wobei das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie über die gesamte Lebenszeit für beide Geschlechter gleich hoch ist. In den Studien zur Spätschizophrenie fand sich ein Anteil von 7 bis 25 % Patienten mit einem Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr. Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, wenn die in diesem Alter häufigen organischen Psychosen, die paranoiden und anderen wahnhaften Störungen ohne Erstrangsymptome sorgfältig ausgeschlossen werden (Hambrecht 1997; Riecher-Rössler 1997). Im Gegensatz zu den schizophrenen Ersterkrankungen jüngerer Jahre, bei denen die Männer überwiegen, sind Späterkrankungen bei den Frauen häufiger.

Gehäuft treten hingegen im mittleren und höheren Alter paranoide Störungen auf. Christenson und Blazer (1984) fanden bei 4 % der Älteren einen Verfolgungswahn. Begünstigt wird die Entstehung paranoider Symptome durch sensorische Defizite, depressive Störungen und kognitive Beeinträchtigungen.

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Bei älteren Menschen wurde lange Zeit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit – im Gegensatz zu früheren Lebensabschnitten – kaum thematisiert. Erst seit der Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wurde diesem Aspekt in den letzten Jahren mehr Beachtung geschenkt (Weyerer & Zimber 1997). Wegen der geringen epidemiologischen Bedeutung des illegalen Drogenkonsums im höheren Alter konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf den im Alter quantitativ weit bedeutsameren Gebrauch und Missbrauch von Alkohol und Benzodiazepinen.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aus Bevölkerungsstudien geht eindeutig hervor, dass der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zurückgeht. Robins und Regier (1991) berichten aus der ECA-Studie folgendes Ergebnis: Während in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen eine Einjahresprävalenz des Alkoholismus nach DSM-Kriterien von 17,0 % bei den Männern und 4,1 % bei den Frauen gefunden wurde, gingen die Prävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren auf 3,1 % (Männer) und 0,5 % (Frauen) zurück. Für Deutschland liegen Daten aus der Oberbayerischen Feldstudie vor. Auch hier zeigte sich ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 % in der Altersgruppe 45 bis 64 auf 2,4 % in der Altersgruppe ab 65 Jahren (Weyerer & Dilling 1984). In der Berliner Altersstudie erfüllten 1,1 % der 70-Jährigen und Älteren die DSM-III-R Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Andere psychiatrisch-epidemiologische Studien in Deutschland schlossen ältere Menschen nicht oder nur teilweise ein. Eine neuere Studie in Lübecker Hausarztpraxen (Hill et al. 1998) bezog sich auf die 14- bis 75-Jährigen. Bei der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren lag die Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei 4,5 % (Männer: 7,7 %, Frauen: 3,2 %).

Der insgesamt geringere Anteil Alkoholabhängiger bei den höheren Altersgruppen wird im Wesentlichen auf drei Ursachen zurückgeführt: Wegen der deutlich erhöhten Mortalitätsrate von Alkoholikerinnen und Alkoholikern erreichen nur relativ wenige ein Alter von 65 Jahren. Alkoholabhängige Personen, die trotz des Überkonsums ein höheres Lebensalter erreicht haben, sehen sich häufig veranlasst, ihren Konsum wegen einer verminderten Alkoholtoleranz zu reduzieren. Dies hängt sehr wahrscheinlich mit der Änderung des Stoffwechsels im Alter zusammen. Die gleiche Menge Alkohol führt beim älteren Menschen zu einer deutlich höheren Blutalkoholkonzentration als beim jüngeren Menschen. Schließlich zwingen schwere Folgekrankheiten ältere Alkoholikerinnen und Alkoholiker zum Verzicht (Feuerlein 1995).

In der Literatur wird auf der Grundlage von Alkoholikerbiografien und Ergebnissen von Follow-up Studien zwischen zwei Gruppen von älteren Alkoholabhängigen unterschieden: Bei der zahlenmäßig weit größeren Gruppe liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (early onset). Hierbei handelt es sich um Trinker, die den langjährigen Alkoholkonsum trotz der Gesundheitsrisiken bis ins Alter überlebt haben. Bei einer kleineren Gruppe von alkoholabhängigen Personen liegt der Beginn des Missbrauchs jenseits des 65. Lebensjahrs (late onset). Nach der

„Stress-Hypothese des späten Beginns“ (Caracci & Miller 1991) werden hierfür kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen, verantwortlich gemacht: Berentung, Partnerverlust und damit verbundene Vereinsamung und finanzielle Einbußen.

Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit

Untersuchungen zur Einnahme und zur Verordnung von Benzodiazepinen belegen eindeutig einen exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter, wobei in allen Altersgruppen bei den Frauen die Prävalenzen überdurchschnittlich hoch sind (Weyerer & Dilling 1991).

Benzodiazepine sind nach wie vor die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka, auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit festzustellen ist (Glaeske 2000). Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass – bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren – 24,6 % mit Psychopharmaka behandelt wurden, wobei mit einem Anteil von 13,2 % über die Hälfte auf Benzodiazepin-Anxiolytika entfielen. Etwa 90 % der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und zu etwa 50 % täglich ein (Helmchen et al. 1996). Auch aus früheren Querschnittsstudien wird berichtet, dass zwischen 62 und 82 % der Patientinnen und Patienten, denen Benzodiazepine verschrieben wurden, diese über einen längeren Zeitraum einnahmen (Geiselmann & Linden 1991).

Üblicherweise zieht man zur Entscheidung, ob Benzodiazepine missbräuchlich verwendet werden, folgende Kriterien heran: Die Einnahme erfolgt

– in höherer Dosierung bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet;

– nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Ausnutzung von Effekten, die eigentlich als Nebenwirkungen von Substanzen gelten, bzw. zur Regulierung von vegetativen Funktionen;

– ausdrücklich wegen der als positiv erlebten psychotropen Wirkung und/oder weil die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Im Einzelfall ist die eindeutige Feststellung eines Benzodiazepinmissbrauchs schwierig, da:

– die Einnahme dieser Medikamente häufig nicht in einer höheren Dosis erfolgt als vorgeschrieben („low dose dependence“);

– die Einnahme zwar über einen längeren Zeitraum, jedoch mit ärztlicher Verordnung erfolgt;

– die Grenze zwischen der missbräuchlichen Wirkung zur Erzielung psychotroper Wirkungen und der Behandlung von Krankheitssymptomen (Anxiolyse, Sedierung, Schlafanbahnung) unscharf ist.

Die diagnostischen Schwierigkeiten werden kaum geringer, wenn man das übliche Kriterium für das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit heranzieht: das Auftreten von Entzugserscheinungen nach plötzlichem Absetzen. Zwar kommt es nach Beendigung einer Benzodiazepinmedikation häufig zu Unruhe- oder Angstgefühlen, vegetativen Symptomen und Schlafstörungen, doch sind diese Beschwerden nicht zwangsläufig als Beleg für das Vorliegen einer Abhängigkeit zu werten. Es kann sich auch um das Wiederauftreten der Krankheitssymptome handeln, deretwegen die Behandlung begonnen wurde (Wolter-Henseler 1999).

Aufgrund dieser Ausgangsituation ist die genaue Bestimmung der Determinanten von Benzodiazepinabhängigkeit stark erschwert. In der Literatur werden jedoch eine Reihe von Risikofaktoren erwähnt (Wolter-Henseler 1999): Die Wahrscheinlichkeit für eine Benzodiazepinabhängigkeit ist bei Personen mit einer vorbestehenden Suchterkrankung erhöht. Das Risiko ist auch dann besonders hoch, wenn Behandlungsdauer und Dosis zunehmen. Neben der Chronizität und Schwere der mit Benzodiazepinen behandelten Symptome spielen zusätzlich psychosoziale Belastungen eine wesentliche Rolle. Die Einnahme von Benzodiazepinen wird begünstigt durch bestimmte Erwartungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich psychotroper Wirkungen. Auf Seiten der verordnenden Ärzte – quantitativ spielen hier Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeinpraktiker und Internisten) die größte Rolle – sind folgende Faktoren bedeutsam: nicht reflektierte Verschreibung von Benzodiazepinen; fehlende Arzt-Patient Beziehung; Verschreibung ohne Indikation; mangelhafte Berücksichtigung von Persönlichkeit und Biografie der Patientenschaft; fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- bzw. Hochdosisverordnungen. Die Gefahr einer Überdosierung mit Benzodiazepinen ist auch dadurch gegeben, dass über 20 verschiedene Substanzen im Handel sind und die Anzahl der Handelspräparate weit über 70 liegt. Diese Präparate können für sehr unterschiedliche Indikationen (Anxiolyse, Schlaf, Muskelrelaxation) verordnet werden. Der einzelne Arzt überschaut nicht mehr, dass er seinem Patienten unter Umständen mehrere – im Prinzip gleichwirkende Benzodiazepinderivate – verschrieben hat. Dies führt gerade beim älteren Menschen zu der Gefahr einer Überdosierung (Müller, W.E. 1992).

Im Gegensatz zu Konsumenten von illegalen Drogen oder Alkohol kommen alte Menschen mit einem dauerhaften Benzodiazepingebrauch nicht auf die Idee, dass sie eine vom Arzt verordnete Substanz mit Suchtpotenzial missbräuchlich anwenden oder sogar abhängig werden könnten. Es ist deshalb nicht überraschend, dass stationäre Einweisungen selten aufgrund der Diagnose „Benzodiazepinabhängigkeit“ sondern wegen anderer psychiatrischer Erkrankungen, zumeist Depressionen, erfolgen.

Erhebungen in Suchteinrichtungen zeigen, dass im ambulanten Bereich bei 10 % aller Suchtmittel Sedativa/Hypnotika eine Rolle spielen, im stationären Bereich sind es etwa 20 % (Holz & Jeune 1998). Allerdings handelt es sich bei dieser Gruppe nahezu ausnahmslos um jüngere Patientinnen und Patienten. Generell ist der Anteil älterer Menschen in ambulanten und stationären Suchteinrichtungen sehr niedrig. Nahezu alle Einrichtungen haben sich im Zusammenhang mit der Drogenproblematik zunehmend auf jüngere und mittlere Altersgruppen konzen-

triert. Dies ist unter dem Aspekt der Prävention auch sinnvoll. Darüber hinaus dürfen aber ältere Personen nicht derartig vernachlässigt werden, wie dies derzeit der Fall ist. Es ist auch nicht einzusehen, dass die meisten stationären Suchteinrichtungen bereits ein Alter ab 60 als Kontraindikation betrachten. Hier wird es notwendig sein, auch in den Spezialeinrichtungen für Suchtkranke geeignete Angebote für ältere Menschen zu schaffen (Bühringer et al. 1998).

3.5.3.2.5 Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts

Die Prävalenz von zur Behinderung führenden Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts steigt mit dem Alter stark an. Eine Querschnittstudie aus Kanada berichtet zum Beispiel von einer Prävalenz von 0,6 % bei 15- bis 24-Jährigen im Vergleich zu 27 % bei über 85-Jährigen (Reynolds et al. 1992). Dieser Anstieg betraf alle untersuchten Kategorien von muskuloskelettalen Erkrankungen von den häufigen Gelenkerkrankungen (über alle Alterskategorien: 2,7 %) bis zu Unfällen (0,4 %) und Knochenerkrankungen (0,1 %). Eine Ausnahme stellten lediglich die Erkrankungen der Wirbelsäule (1,6 %) mit einer erneuten Abnahme der Prävalenz nach dem 55. bis 64. Lebensjahr dar. Bezüglich der Risikofaktoren für körperliche Behinderungen insgesamt gibt es kaum Untersuchungen. Die besten Daten dürften aus der NHANES[33] I Epidemiologic Follow-up Study aus den USA stammen, in der bei 50- bis 77-Jährigen neben dem Alter eine geringere körperliche Betätigung und ein höheres relatives Gewicht im Alter von 40 Jahren als Risikofaktoren für das Auftreten einer körperlichen Behinderung beobachtet wurden (Hubert et al. 1993). Auch bei Frauen trat häufiger eine körperliche Behinderung auf als bei Männern. Mehr Daten gibt es zu einzelnen Krankheitsbildern oder Körperregionen.

Die Arthrose oder Osteoarthrose (OA) ist die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt und stellt ein in seinen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen oft unterschätztes Gesundheitsproblem dar. Die Prävalenz der häufigsten Formen der OA, nämlich der Kniegelenks-OA, der Hand- und Fingergelenks-OA und der Hüftgelenks-OA ist schwer schätzbar, da es deutliche Unterschiede entsprechend der Definition aufgrund von Symptomen, aufgrund von Röntgenbildern oder aufgrund verschiedener Kombinationen beider Merkmale gibt (Sun et al. 1997). Insbesondere ist die Prävalenz in der Bevölkerung mittels Definitionen, die primär auf Röntgenbildern beruhen, aufgrund der ethischen Probleme von Reihen-Röntgenuntersuchungen praktisch nicht erhebbar. Unabhängig von der Definition steigt die Prävalenz der OA in praktisch allen Studien mit dem Alter stark an (Sun et al. 1997). Eine Ausnahme stellt hier eine Studie aus Göteborg dar, in der die Prävalenz der radiografischen OA bei 85-Jährigen unter derjenigen bei den 79-Jährigen lag (Bagge et al. 1991). Ob diese Tendenz einem wirklichen Rückgang entspricht und sich mit zunehmender Hochaltrigkeit fortsetzt, bleibt jedoch mangels vergleichbaren Daten aus anderen Studien unklar. Ein solcher Rückgang wäre theoretisch durchaus möglich, da viele der Risikofaktoren der OA (siehe unten) auch Risikofaktoren für Herzkreislauferkrankungen und somit eine erhöhte Sterblichkeit sind, sodass hier Selektionseffekte eine Rolle spielen könnten. Zu den Risikofaktoren der OA werden neben den oft als primäre Ursachen bezeichneten Gelenkverletzungen und angeborenen Fehlstellungen neuerdings insbesondere metabolische oder systemische Faktoren wie Übergewicht (Stürmer et al. 2000), Diabetes mellitus (Stürmer et al. 2001), erhöhte Blutfette (Stürmer et al. 1998) oder erhöhte Harnsäurespiegel (Sun et al. 2000) diskutiert. Obwohl die Datenlage nicht völlig einheitlich ist, dürfte insbesondere die Vermeidung von Übergewicht und des mit diesem assoziierten metabolischen Syndroms (periphere Insulinresistenz) auf Bevölkerungsebene der Erfolg versprechendste Ansatz einer Prävention sein. Die Rolle von sportlicher Betätigung als Ursache aber auch zur möglichen Prävention der OA ist hingegen noch zu wenig untersucht, um Schlüsse ziehen zu können. Auch gibt es keine Untersuchungen darüber, ob sich das Risikofaktorenprofil der OA mit dem Alter ändert. Die Inzidenz der Hüft- und Kniegelenksarthrose scheint zumindest nach dem 70. Altersjahr nicht weiter zuzunehmen (Sun et al. 1997; vgl. Abbildung 3-12 und Abbildung 3-13, Seite 130).

Die Betrachtung der Arthrosen ist unvollständig ohne Berücksichtigung der Therapiemöglichkeiten. Insbesondere Hüft- und Knie-OA können heute durch Gelenkersatz behandelt werden. Allerdings sind sowohl die Indikation für einen Gelenkersatz und somit Bedarfsvoraussagen als auch der richtige Zeitpunkt für den Gelenkersatz insbesondere unter Berücksichtigung der zunehmenden Lebenserwartung bei gleichzeitiger Zunahme der Schwere der Begleiterkrankungen praktisch unerforscht. Um diese sowohl für die individuelle Mobilität als auch gesundheitsökonomisch entscheidenden Fragestellungen unter Berücksichtigung der Hochaltrigkeit beantworten zu können, sind adäquate epidemiologische Längsschnittstudien von außerordentlicher Dringlichkeit.

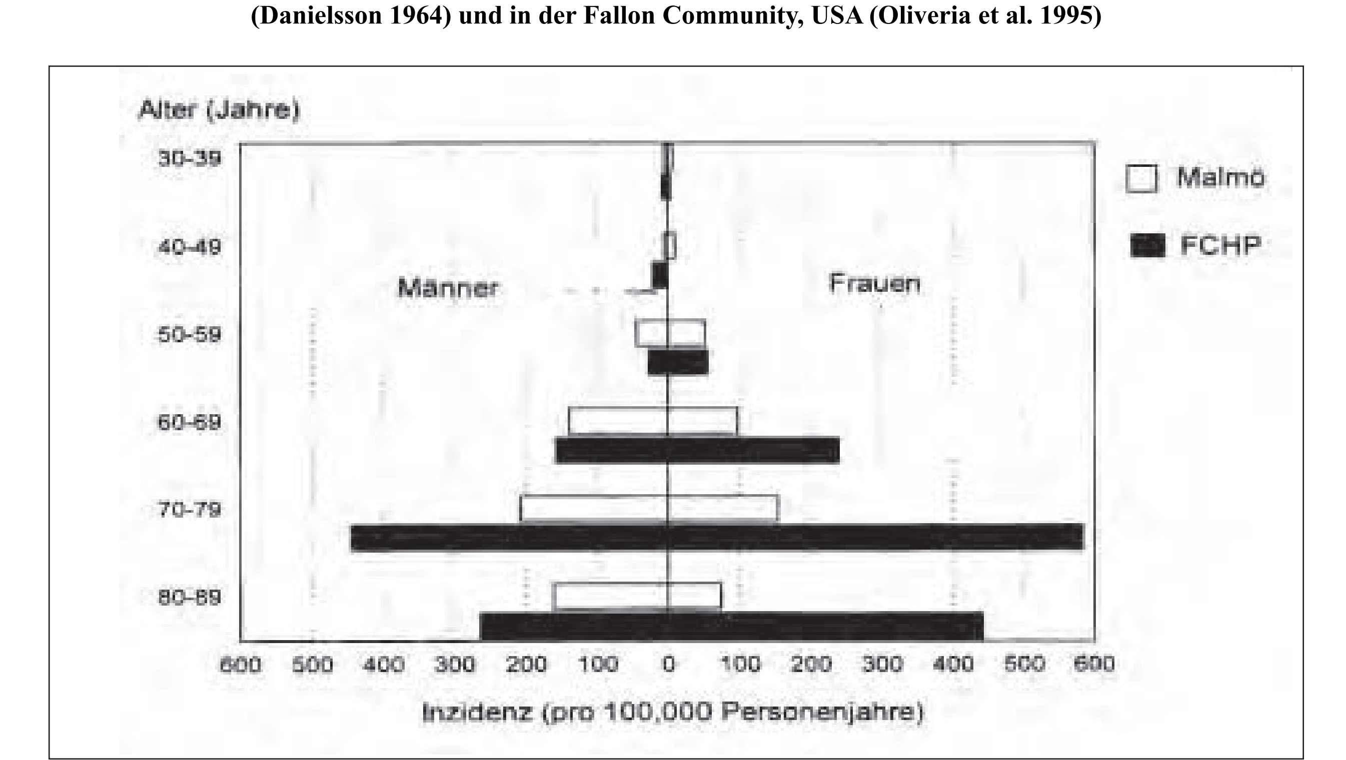
Neben dem Gelenkersatz sind Schmerzmittel oft die einzige Möglichkeit zur Behandlung muskuloskelettaler Erkrankungen. In der BRD werden hierfür überwiegend so genannte nicht steroidale Antirheumatika (NSAIDs) eingesetzt, deren bekannte Nebenwirkungen auf den Magen-Darmtrakt (insbesondere Blutungen, Scharf et al 1998) als auch auf die Nieren (Field et al. 1999) mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Die Nebenwirkungen auf die Nieren, die mit Einführung der Magen-Darm verträglicheren neueren NSAIDs (COX2-Inhibitoren) an Bedeutung zunehmen dürften (Stürmer et al. 2001), werden wahrscheinlich durch weitere mit dem Alter zunehmend häufige Faktoren wie Begleiterkrankungen (insbesondere Herzinsuffizienz) oder Begleitmedikationen (Diuretika, ACE-Hemmer) noch verstärkt. Auch für diese erneut individuell wie gesundheitsökonomisch wichtigen Fragestellungen gibt es nur vereinzelte epidemiologische Studien und fast keine Therapiestudien. Eine Förderung pharmakoepidemiologischer Studien bei Hochaltrigen könnte hierzu wichtige Daten liefern.

---

[33] National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).

Abbildung 3-12

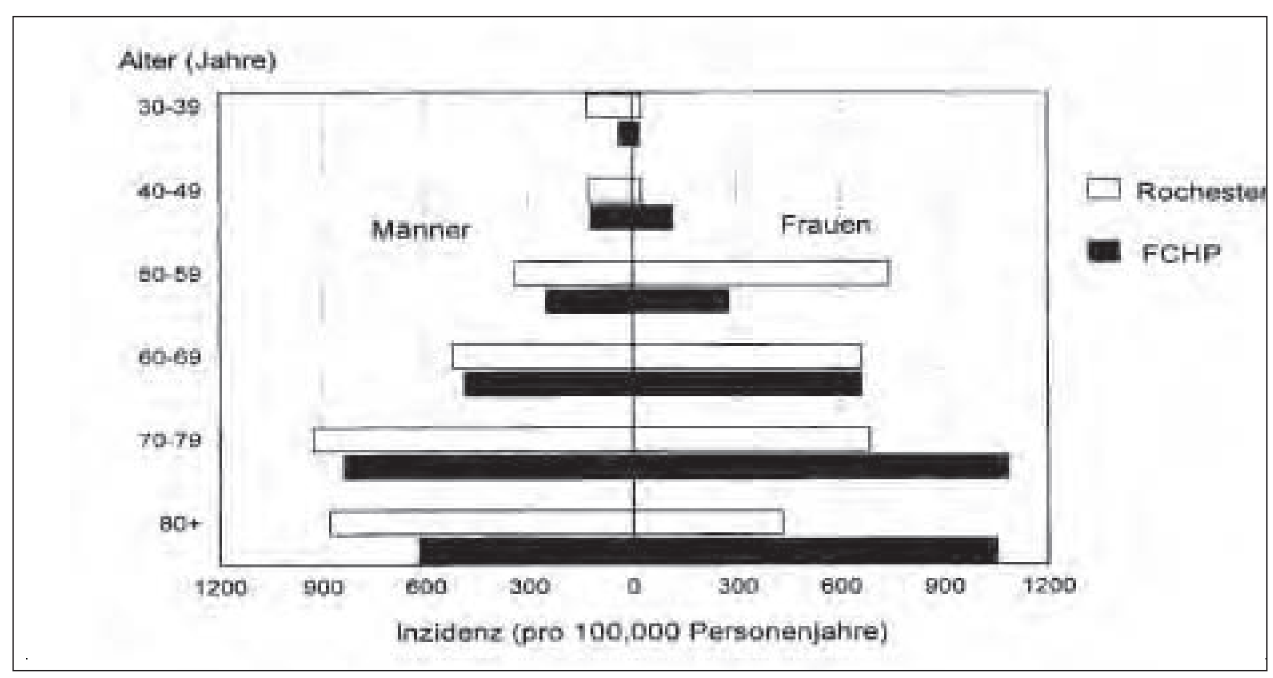
Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Hüftgelenksarthrose in Malmö, Schweden (Danielsson 1964) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)



Quelle: Sun et al. 1997.

Abbildung 3-13

Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Kniegelenksarthrose in Rochester, USA (Wilson, M.G. et al. 1990) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)



Quelle: Sun et al. 1997.

Auch die Häufigkeit von Frakturen der Hüfte, der Arme und der Wirbelkörper nimmt mit dem Alter stark zu. Das Lebenszeitrisiko für Frakturen aufgrund einer vermehrten Brüchigkeit der Knochen erreicht bei Frauen dasjenige von Herzkreislauferkrankungen, und das Risiko an einer Schenkelhalsfraktur zu sterben ist für Frauen gleich hoch wie dasjenige, an Brustkrebs zu sterben (Elffors 1998). Die Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach Schenkelhalsfraktur beträgt 25 % (Boonen et al. 1999) bis 33 % (Rose & Maffulli 1999). Es wird erwartet, dass sich die Zahl der Schenkelhalsfrakturen bis zum Jahr 2050 vervierfachen wird (Dubey et al. 1998). Dies ist zwar vorwiegend auf die Zunahme der Zahl der älteren Menschen zurückzuführen, ist jedoch zum Teil auch durch einen langanhaltenden Anstieg der altersspezifischen Schenkelhalsfrakturraten in einigen Ländern (Parkkari et al. 1996; Scheidt-Nave 2001) bedingt.

Während Frakturen der Wirbelkörper vor allem auf die Brüchigkeit der Knochen (Osteoporose) zurückzuführen sind, können die Ursachen von Schenkelhalsfrakturen grob in die Ursachen von Stürzen und diejenigen einer vermehrten Knochenbrüchigkeit eingeteilt werden. In Deutschland wird die Zahl der Schenkelhalsfrakturen pro Jahr auf über 135 000 geschätzt und die Inzidenz beträgt bei über 65-jährigen Personen knapp 1 000 pro 100 000 pro Jahr (Pfeifer et al. 2001), wobei wie in anderen Studien auch hier keine Aufschlüsselung bezüglich der Hochaltrigkeit vorgenommen wurde. Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Schenkelhalsfraktur sind neuromuskuläre Beeinträchtigungen (insbesondere Muskelschwäche, aber auch Beeinträchtigungen der Koordination), Beeinträchtigung der Sehkraft, Vorerkrankungen (insbesondere Herzkreislauferkrankungen), Demenz, geringe Knochendichte, Alkoholkonsum, Rauchen und fehlende Bewegung (Rose & Maffulli 1999) sowie Medikamente, insbesondere Sedativa (Boonen et al. 1999; Blain et al. 2000). Auch sind schlanke Personen durch mangelnde Schock Absorption beim Sturz gefährdeter als dicke Personen (Rose & Maffulli 1999).

Da viele dieser Risikofaktoren mit dem Alter zunehmen, sind Hochaltrige besonders gefährdet. Mit zunehmender Hochaltrigkeit dürfte daher, neben der sekundären Prophylaxe zur Vermeidung einer Schenkelhalsfraktur auf der Gegenseite durch individuelle Abklärung der Sturzursache, die primäre Prophylaxe zunehmend an Bedeutung gewinnen. Neben der Prävention der Osteoporose (Scheidt-Nave 2001) durch Anpassung oder Ergänzung der Diät oder Hormonersatztherapie (Prestwood & Kenny 1998; Dargen-Molina 1998) dürfte die Aufrechterhaltung bzw. Aufnahme einer vernünftigen körperlichen Aktivität bis ins hohe Alter sowohl individuell als auch auf Bevölkerungsebene durch die damit verbundene ca. 50 %ige Reduktion des Risikos für eine Schenkelhalsfraktur (Joakimsen et al. 1997) am Erfolg versprechendsten sein. Diese erstaunliche Risikoreduktion, die bereits durch geringe tägliche Aktivitäten wie Treppensteigen und Gehen erreicht wird, ist auf die Modifikation fast des gesamten oben genannten Risikofaktorenspektrums zurückzuführen. So wirkt sich die körperliche Aktivität positiv auf die Koordination, das Risiko von Herzkreislauferkrankungen und die Knochendichte aus. Auf individueller Ebene können zudem mechanische Maßnahmen zur Polsterung der Hüfte eingesetzt werden (Lappe 1998; Becker, C. et al. 1997; Becker, C. et al. 2000).

3.5.3.2.6 Stürze

In mehreren prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien konnte beobachtet werden, dass etwa ein Drittel aller 65-Jährigen innerhalb eines Jahres einen Sturz, definiert als ein ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache (also ohne Stolpern, Ausrutschen, etc.), erleiden (12-Monats-Inzidenz, Tromp et al. 1998; Zusammenfassung in Lord et al. 2001). Die Interpretation epidemiologischer Daten zu Stürzen ist dadurch erschwert, dass in vielen Studien Herzkreislaufsystem bedingte Stürze, also so genannte Synkopen aber auch reversible Durchblutungsstörungen im Gehirn (Transient Ischemic Attacks), entsprechend der Definition der internationalen Kellog Arbeitsgruppe zur Verhütung von Stürzen von 1987 explizit ausgeschlossen wurden. In diesen Studien ist somit die Inzidenz der Stürze deutlich geringer als in Studien, die diese wichtigen Ursachen von Stürzen miteinbeziehen.

Die epidemiologische Evidenz bezüglich der Risikofaktoren von Stürzen wurde kürzlich qualitativ zusammengefasst (Lord et al. 2001). Neben dem Alter, das ein starker, gut belegter Risikofaktor insbesondere für wiederholte Stürze ist, sind das weibliche Geschlecht, das alleine leben, die körperliche Inaktivität, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie vorangegangene Stürze die wichtigsten psychosozialen und soziodemografischen Risikofaktoren oder Risikomarker von Stürzen. Interessanterweise gilt dies nicht für den Alkoholkonsum, wobei die meisten Studien (Tinetti, M. E. et al. 1988; Campbell et al. 1989; Nelson, D.E. et al. 1992; Lord et al. 1993) sogar einen inversen, also protektiven Zusammenhang zwischen mäßigem Alkoholkonsum und Stürzen beobachtet haben (Lord et al. 2001). Selbstverständlich widerspricht dieser in epidemiologischen Studien beobachtete Zusammenhang nicht der klinischen Erfahrung, dass der in diesen Studien kaum je beobachtete exzessive Alkoholkonsum ein klarer Risikofaktor für Stürze ist. Instabilitäten des Standes und des Ganges sind weitere, gut belegte Risikofaktoren für Stürze genauso wie Sehstörungen, Sensibilitätsstörungen in den Extremitäten, Muskelschwäche und eine eingeschränkte Reaktionszeit.

Weitere medizinische Risikofaktoren sind kognitive Defizite, ein vorangegangener Schlaganfall, eine Parkinson'sche Erkrankung sowie Depression, Inkontinenz und Arthrose. Neben der Einnahme von psychoaktiven Medikamenten konnte auch die Einnahme von mehr als vier Medikamenten als Risikofaktor für Stürze nachgewiesen werden. Allerdings ist die Evidenz bezüglich der Therapie gegen Bluthochdruck als Ursache von Stürzen eher schwach (Leipzig et al. 1999a, 1999b). Interessanterweise gibt es auch kaum Hinweise für eine von den oben genannten Faktoren unabhängige Rolle externer Faktoren wie häuslicher oder außerhäuslicher Risiken.

Das Risiko von schweren Verletzungen, insbesondere Schenkelhalsfrakturen im Falle eines Sturzes, ist insbesondere invers vom Body Mass Index, einem Maß des Übergewichts, abhängig (siehe weiter oben unter Frakturen und Davis, J.W. et al. 1999). Die oben genannten Studien erlauben selbstverständlich keine Aussagen zur individuellen Risikoabschätzung und die Datenlage erlaubt keine Aussagen zur eventuell unterschiedlichen Gewichtung dieser Risikofaktoren bei Hochaltrigen. Eine einheitliche Registrierung würde darüber hinaus das Erkennen zeitlicher Trends sowie dementsprechende Präventionsmaßnahmen erlauben (Kannus et al. 1999).

3.5.3.3 Epidemiologie ausgewählter Funktionseinschränkungen

Die „funktionelle Gesundheit“ ist für die Beschreibung der Gesundheit der Hochaltrigen von besonderer Bedeutung. Dabei geht es vor allem um die Erfassung der Funktionseinbußen, d. h. um die verminderte Fähigkeit mit den Aktivitäten des täglichen Lebens bei zunehmendem Alter zurechtzukommen. Die häufigsten Funktionseinbußen sind die sensorischen (Hören und Sehen), die sensomotorischen (Gleichgewicht, Koordination, Mobilität) und die kognitiven.

Bei 30 % aller über 65-Jährigen liegen gravierende Höreinbußen vor, sodass eine Hörhilfe verordnet werden muss (Tesch-Römer 2001). Die Daten der Berliner Altersstudie (vgl. Abbildung 3-14) zeigten mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung der Hörschwelle bei zunehmender Frequenz. Die Befunde der Männer fielen schlechter aus als die der Frauen. Die hochaltrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (85 bis 89, 90 bis 94 und über 95 Jahre) zeigten insgesamt die gravierendsten Einbußen des Hörvermögens.

Im Hinblick auf Funktionseinbußen beim Sehen hat eine Vielzahl an querschnittlichen und longitudinalen Untersuchungen immer wieder gezeigt, dass es zu erheblichen Verlusten beim Sehen mit zunehmendem Alter kommt. In der Berliner Altersstudie wurde gezeigt, dass über 90 % der Teilnehmenden Brillenträger waren und sich die Sehschärfe mit jedem Lebensjahrzehnt signifikant verschlechterte.

Das Gleichgewicht und der Gang ist Sinn „höherer Ordnung“ im Vergleich zu den klassischen fünf Sinnen. Die Aufrechterhaltung der räumlichen Orientierung erfordert die Integration von Informationen aus verschiedenen sensorischen Kanälen. Es sind okuläre, vestibuläre, propiozeptive und akustische Informationen neben motorischer Koordination, die für einen stabilen Gang und ein Gleichgewicht die Voraussetzung sind.

Die mit dem Alter zunehmenden Funktionseinbußen bedingen eine zunehmende Hilfsbedürftigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. In der Berliner Altersstudie wurde die Rolle von Funktionseinbußen und Hilfsbedürftigkeit in Bezug auf die Mortalität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 70 bis 104 Jahren überprüft.

Dabei ergab sich, dass nicht die objektive Gesundheit, d. h. die ICD-Diagnosen, mit der Mortalität am höchsten korrellierten, sondern die Hilfsbedürftigkeit und an zweiter Stelle die Mobilitätseinbußen.

3.5.4 Pharmakoepidemiologie

Einleitung

Einer Definition der WHO (1977) zufolge umfasst das Arbeitsgebiet der Pharmakoepidemiologie Vermarktung, Verteilung, Verschreibung und Gebrauch von Arzneimitteln in der Gesellschaft mit dem besonderen Augenmerk auf die sich ergebenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen. Neben diesem deskriptiven Teil untersucht die Pharmakoepidemiologie auch analytische Fragestellungen zu den Determinanten, Wirkungen und Nebenwirkungen der Arzneimitteleinnahme.

Der Arzneimittelgebrauch stellt einen entscheidenden Faktor im therapeutischen Handeln dar. Ein erheblicher Kostenanteil der Ausgaben aus dem Gesundheitsbereich entfällt auf den Bereich Therapie und Versorgung mit Medikamenten. Nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (1999) wendete die gesetzliche Krankenversicherung 1998 27,1 Milliarden DM (13,85 Milliarden Euro), das entspricht 13,1 % ihrer Ausgaben, für die Leistungen „Arzneien, Verband- und Hilfsmittel“ auf. Die Pro-Kopf Ausgaben für Arzneimittel betrugen 1991 285 DM (145 Euro) (251 DM/128 Euro verordnet und 34 DM/17 Euro Selbstmedikation) und stiegen auf 695 DM (355 Euro) (585 DM/299 Euro verordnet und 110 DM/56 Euro Selbstmedikation) im Jahre 2000 an (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2001).

Ein hoher Anteil der Arzneimittelausgaben entfällt auf ältere Menschen. Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentengebrauch sehr stark an. Aus dem Wohlfahrtssurvey (Noll & Schöb 2001) geht hervor, dass 1998 von den 70-Jährigen und Älteren 77 % (Westdeutschland) bzw. 68 % (Ostdeutschland) regelmäßig Medikamente einnahmen. Im Vergleich dazu ist die Medikamenteneinnahme in der Erwachsenenbevölkerung insgesamt wesentlich niedriger (Westdeutschland: 32 %; Ostdeutschland: 34 %).

Besonderheiten bei der medikamentösen Behandlung älterer Menschen

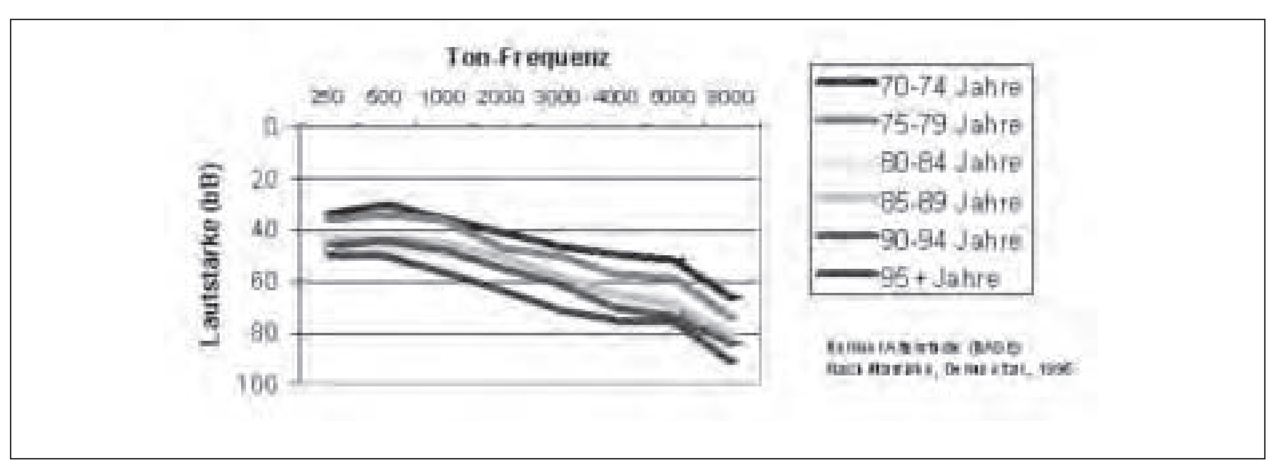
Bei der medikamentösen Therapie älterer Menschen gibt es eine Reihe von Besonderheiten: Im höheren Alter werden oft verstärkte oder veränderte Wirkungen von Arzneimitteln beobachtet, die auf pharmakokinetische oder pharmakodynamische Veränderungen zurückzuführen sind:

Pharmakokinetik: Die Funktionen arzneimitteleliminierender Organe nehmen im Alter ab. Hinzu kommen krankheitsbedingte Veränderungen, die angesichts der häufigen Multimorbidität älterer Menschen einen besonders wichtigen Faktor darstellen. Die Multimorbidität trägt auch dazu bei, dass ältere Menschen mit mehreren Medikamenten gleichzeitig behandelt werden, was das Risiko von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten erhöht.

Pharmakodynamik: Eingeschränkte Regulationsmechanismen sowie veränderte Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene können im höheren Alter qualitativ und quantitativ veränderte Arzneimittelwirkungen verursachen (Mörike & Schwab 2000).

Abbildung 3-14

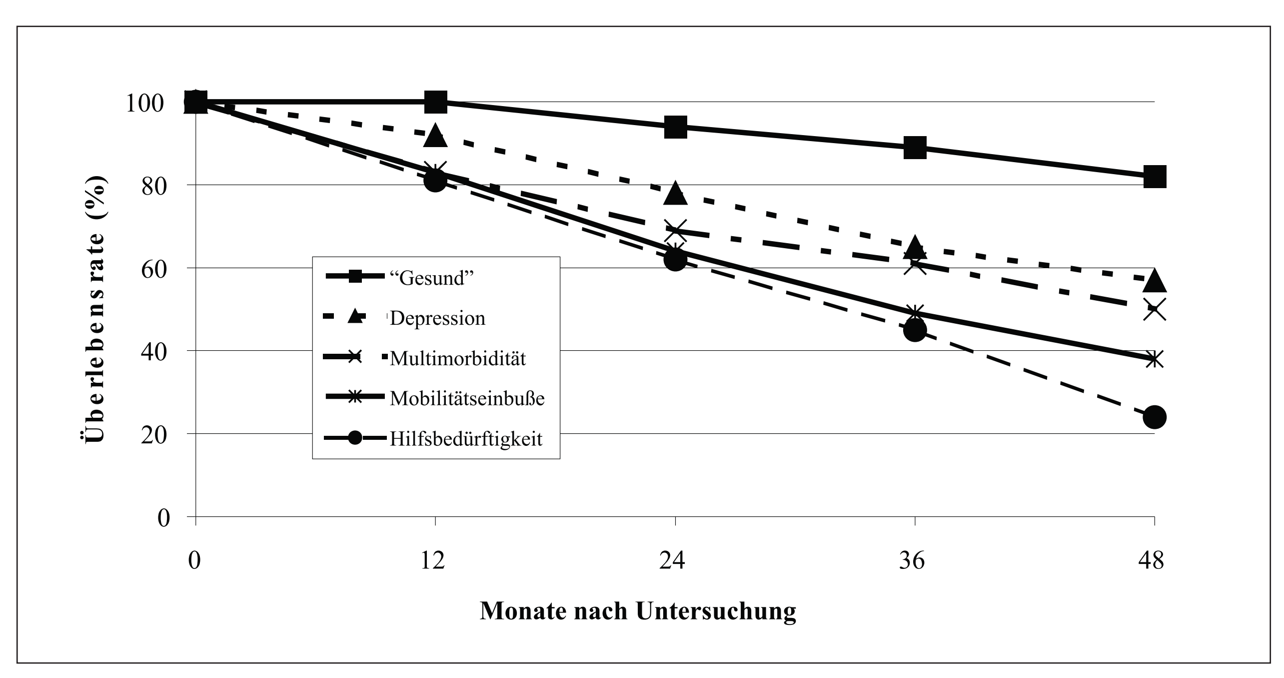
Durchschnittliche Hörschwellen in sechs Altersgruppen



Quelle: Mayer, K. U. & Baltes 1996: Die Berliner Altersstudie.

Abbildung 3-15

Überlebensrate in unterschiedlichen Gruppen einer Population 70- bis 103-jähriger Personen (N=516)



Quelle: Mayer, K. U. & Baltes 1996: Die Berliner Altersstudie.

Medikamentencompliance im höheren Alter

Nach Haynes (1979) versteht man unter Medikamentencompliance den Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikaments mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. In den letzten Jahren hat sich der Compliance-Begriff tief greifend gewandelt. Heute wird Compliance zunehmend im Sinne von Interaktion definiert und im Sinne einer Therapiekooperation zwischen Arzt und Patient verstanden (Petermann & Warschburger 1997).

Es besteht eine erhebliche Differenz zwischen der Verordnung und der tatsächlichen Einnahme von Medikamenten. Aus einer Übersicht von Cramer und Rosenheck (1998) geht hervor, dass die Compliance bei nicht psychotropen Medikamenten im Durchschnitt 76 % betrug,

bei Psychopharmaka wie Antidepressiva (65 %) und Neuroleptika (58 %) lag sie noch niedriger.

Folgende Faktoren sind dabei zu beachten (Renteln-Kruse 2000):

– bewusste, beabsichtigte Noncompliance (selbstregulatorisches Verhalten);

– unbewusste, nicht beabsichtigte Noncompliance (Vergessen, Medikationsfehler);

– Therapiefaktoren (Verordnungsmodus, komplexe Dosierung);

– Patientenfaktoren (unzureichendes Therapie- und Krankheitswissen, funktionelle Beeinträchtigungen).

Mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten nehmen die Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten zu, wobei kognitive Einschränkungen und Sehbeeinträchtigungen eine wesentliche Rolle spielen. Aus einer in Deutschland durchgeführten Repräsentativerhebung zu dem Thema „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ geht hervor, dass von den 65- bis 79-Jährigen in Privathaushalten 2,6 % und von den 80-Jährigen und Älteren 14,8 % in ihrer Fähigkeit eingeschränkt waren, ihre „Medikamente zu richten“. In beiden Altersgruppen wurden jeweils 80 % bei der Medikamenteneinnahme regelmäßig unterstützt (Schneekloth et al. 1996). Die Tatsache, dass Hochaltrige häufiger von Pflegepersonen betreut werden, begünstigt die Medikamentencompliance. Beispielsweise fanden Monane et al. (1994) bei über 85-jährigen Patientinnen und Patienten eine höhere Compliance als bei unter 85-Jährigen.

Die Therapieverordnung selbst kann Medikamentencompliance beeinflussen. Konsistent in zahlreichen Studien ist der Befund abnehmender Compliance und erhöhter Fehlerrate mit komplexen Dosierungsschemata. Die Frage, ob eine niedrigere tägliche Dosierungsfrequenz speziell bei älteren Menschen zu verbesserter Compliance und zu günstigeren Therapieergebnissen führt, ist bisher kaum untersucht. Auch ein Angebot an Medikamenten in geringerer Stärke könnte das oft mühsame Teilen von Medikamenten bei der Anwendung einer bei Hochaltrigen oft indizierten geringeren Dosierung ersparen und somit die Compliance erhöhen. Erstaunlicherweise ist ebenfalls immer noch wenig über den Einfluss unerwünschter Nebenwirkungen auf die Compliance bekannt. Es gibt jedoch Hinweise, wonach ältere Menschen Symptome möglicher Nebenwirkungen seltener ihrer Medikation zuordnen als jüngere (Renteln-Kruse 2000). Im Vergleich zu jüngeren Menschen sind ältere Menschen schlechter über die Indikationen und Kontraindikationen, die Produktzusammensetzung und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten informiert.

Neuere, in der Praxis allerdings selten eingesetzte Methoden zur Erfassung der Einnahme von Medikamenten, insbesondere das „Medication Event Monitoring Systems (MEMS)“, das die elektronische Erfassung und Speicherung des Öffnens einer Medikamentenflasche über längere Zeiträume gestattet, ermöglichen inzwischen differenziertere Untersuchungen zur Compliance. So konnte z. B. in einer auf diesem System basierenden Studie bei Patientinnen und Patienten (Alter zwischen 34 und 84 Jahren) mit rheumatoider Arthritis beobachtet werden, dass insbesondere sehr beschäftigte Erwachsene mittleren Alters ihre Medikamente nicht regelmäßig einnahmen, während ältere Patientinnen und Patienten trotz geringerer kognitiver Leistung eine bessere Compliance zeigten (Park et al. 1999). Die Autoren der Studie kommen daher zu dem Schluss, dass ältere Menschen durchaus genügend kognitive Ressourcen für eine adäquate Einnahme von Medikamenten haben, und dass ältere Menschen keineswegs öfter vergessen, ihre Medikamente einzunehmen als jüngere. Inwieweit diese Ergebnisse auf Hochaltrige übertragbar sind, bleibt offen.

Epidemiologie des Medikamentengebrauchs in Deutschland

Pharmakoepidemiologische Studien, die Arzneimittelanwendungen personenbezogen dokumentieren, gibt es bisher in Deutschland nur ansatzweise (Bertelsmann et al. 1998).

Die Daten des Arzneimittelreports der gesetzlichen Krankenversicherungen (siehe Kapitel 3.5.2.1) umfassen nur verordnete Medikamente und liefern auch keine Informationen über das Ausmaß der Selbstmedikation. Die gleichen Einschränkungen treffen auf eine Studie von Vogelreuter (2000) zu, die sich auf Verordnungsdaten von über 60-jährigen Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dortmund bezieht, die im Laufe des Beobachtungszeitraums 1988 bis 1989 durchgängig versichert waren.

In den bisher vorliegenden bundesweiten Studien zum tatsächlichen Gebrauch von Medikamenten in der Bevölkerung werden ältere Menschen nur unzureichend berücksichtigt. Der erste Nationale Untersuchungssurvey 1984 bis 1986 untersuchte die nichtstationäre Arzneimittelanwendung und subjektive Arzneimittelverträglichkeit lediglich für die 25- bis 69-Jährigen (Melchert et al. 1995). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Knopf & Melchert 1999), in dem unter anderem der Gebrauch ausgewählter Arzneimittel erhoben wurde, bezieht sich auf die 18- bis 79-Jährigen und ermöglicht somit keine Aussagen für die Hochaltrigen. Im Wohlfahrtssurvey (Noll & Schöb 2001) werden zwar ältere Menschen bundesweit einbezogen, es wird aber nur global nach der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten gefragt, ohne dass nach Art, Dosis und Einnahmedauer der Medikamente differenziert wird.

Besonders aufschlussreiche Ergebnisse zur tatsächlichen Medikation in der Altenbevölkerung liefert die Berliner Altersstudie, in der eine repräsentative Stichprobe 70-Jähriger und Älterer untersucht wurde. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass eine möglichst vollständige Erfassung aller Medikamente erreicht wurde. Vor allem bei hochaltrigen Personen, die sich nicht mehr selbstverantwortlich um ihre Medikation kümmern konnten, wurde die Erlaubnis zur Befragung von Betreuenden oder zur Einsicht von Krankenakten eingeholt. Darüber hinaus wurde für jedes Medikament Verordnungsstatus (Arzt/Selbst-

medikation), Anwendungsart, Dosis, Einnahmedauer und -frequenz erhoben und durch Informationen zur pharmazeutischen Zusammensetzung sowie zu allen Kontraindikationen und potenziellen unerwünschten Wirkungen (UAW) ergänzt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

In der kumulativen Betrachtung zeigt sich, dass 96 % der 70-Jährigen und Älteren mindestens ein Medikament einnehmen, wobei 87 % mindestens ein chemisch definiertes Präparat auf ärztliche Verordnung hin täglich anwenden. Multimedikation, d. h. die gleichzeitige Anwendung von fünf und mehr Medikamenten, wurde bei über der Hälfte (56 %) der 70-Jährigen und Älteren registriert. Lässt man die Selbstmedikation außer Acht und berücksichtigt nur ärztlich verordnete Präparate, so reduziert sich die Prävalenz der Multimedikation auf etwa 24 %. Die Selbstmedikation ist bei folgenden Medikamenten besonders hoch: Geriatrika/Roborantia (18 %), Vitamine/Mineralstoffe (14 %), Laxantia/Cholagoga (12 %), Analgetika/NSAR-Interna (11 %) und Analgetika/NSAR-Externa (10 %). Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Selbstmedikation bei älteren Menschen zu einem wesentlichen Bestandteil der Arzneimittelversorgung geworden ist. Es dürfen die damit verbundenen Gefahren nicht übersehen werden. Aufgrund der bei der Selbstmedikation geringeren Kontrolle durch den Hausarzt erhöhen sich die Risiken der Multimedikation.

Überbehandlung wurde in der Berliner Altersstudie nur für die chemisch definierten, ärztlich verordneten Medikamente angenommen, die sich entweder keiner der aktuell diagnostizierten Erkrankungen als kausale, symptomatische oder substituierende Behandlung zuordnen ließen oder aufgrund einer dieser Erkrankungen als kontraindiziert eingestuft werden mussten. Psychopharmaka (3,0 %), Magen-Darm-Mittel (2,2 %), Diuretika (1,8 %) und durchblutungsfördernde Mittel (1,5 %) wurden am häufigsten als nicht indizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert. Insgesamt kann allerdings bei jedem siebten 70-Jährigen und Älteren (etwa 14 %) mindestens ein nicht indiziertes oder kontraindiziertes, ärztlich verordnetes Medikament erwartet werden.

Es gibt inzwischen Bemühungen, auf der Grundlage vorhandener klinischer und pharmakologischer Studien explizite Kriterien für Fehlmedikationen zu definieren. Ein Expertenkonsens konnte sowohl für die Gruppe der institutionalisierten Personen (Beers et al. 1991) als auch für ambulant behandelte ältere Menschen (Stuck et al. 1994) erzielt werden. Bei Anwendung dieser Kriterien lag – bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren – die Prävalenz für Fehlmedikationen bei 19 %. Es wurde also fast jede fünfte Person dieses Alters mit mindestens einem Medikament behandelt, das nach Expertenkonsens entweder überhaupt nicht (vor allem Reserpin, Diazepam, Amitriptylin, Indometacin), in niedriger Dosierung (Hydrochlorothiazid) oder nur über einen kürzeren Zeitraum (Oxazepam, Ranitidin) in der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte. Werden Fehlmedikationen (für die Behandlung älterer Menschen prinzipiell ungeeignete Medikamente) und Übermedikationen (im Einzelfall nicht indizierte oder kontraindizierte Medikamente) zusammengenommen, so ergibt sich eine Prävalenz von 28 % für insgesamt unangebrachte Medikationen im höheren Alter.

Auch die Unterbehandlung, also das Unterlassen einer zur Vermeidung von Folgeschäden adäquaten Therapie bei Vorliegen einer Erkrankung, ist ein recht häufiges Problem. Kumulativ betrachtet lässt sich die Prävalenz für das Vorliegen von mindestens einer medikamentös nicht oder nur unzureichend behandelten internistischen Erkrankung trotz hoher Behandlungshäufigkeit insgesamt auf annähernd 24 % schätzen. Als häufigste unterbehandelte körperliche Erkrankung wurden Hypertonie (6,1 %), Hyperlipidämie (4,0 %), Herzinsuffizienz (3,3 %) und Diabetes mellitus (3,3 %) festgestellt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

Im Hinblick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede zeigte sich, dass die Prävalenz der Untermedikation für Männer und Frauen mit dem Alter signifikant zunimmt, während für Fehlmedikationen eine Abnahme mit dem Alter andeutungsweise bei den Männern, nicht aber bei den Frauen zu konstatieren ist (Tabelle 3-42,Seite 136). Bezüglich der Übermedikation fand sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nur ein geringfügiger Anstieg mit zunehmendem Alter. Im Vergleich zu den 70- bis 84-Jährigen war die Prävalenz von fünf und mehr unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei den hochaltrigen Männern und Frauen deutlich erhöht. Kein eindeutiger Alterstrend fand sich bei der Multimedikation. Die Prävalenz von fünf und mehr Medikamentenverordnungen nahm im Alter bei den Männern leicht zu und bei den Frauen geringfügig ab.

Aus dem WHO-MONICA Projekt Augsburg geht hervor, dass von allen Personen mit Bluthochdruck im Alter zwischen 25 und 74 Jahren nur 54 % (Männer) respektive 64 % (Frauen) diagnostiziert waren, nur 23 % (Männer) respektive 32 % (Frauen) behandelt waren und nur 7 % (Männer) respektive 13 % (Frauen) eine adäquate Blutdruckkontrolle aufwiesen (Gasse et al. 2001). Wie bereits erwähnt, wurden in diese Studie keine über 74 Jahre alten Personen aufgenommen, wobei es nicht unplausibel erscheint, dass die entsprechenden Zahlen bei Hochaltrigen tendenziell eher noch schlechter ausfallen dürften.

3.5.5 Fazit

Das Spektrum der Krankheiten in den westlichen Industrieländern hat sich in den letzten Dekaden quantitativ von den akuten zu den chronischen Erkrankungen stark verschoben. Chronische körperliche Erkrankungen und damit verbundene funktionelle Einschränkungen steigen mit zunehmendem Alter stark an und führen zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Quantitativ am bedeutsamsten sind dabei kardiovaskuläre Erkrankungen und Störungen des Bewegungsapparats. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen liegt bei den älteren Menschen mit etwa 25 % nur geringfügig höher als bei Erwachsenen mittleren und jüngeren Alters. Demenzielle Erkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter stark zu und erreichen bei den über 90-Jährigen Werte von über 30 %. Dagegen scheint

Tabelle 3-42

Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter

	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	%			
Untermedikation[1]	*9,3*	*10,9*	*17,8*	*17,1*
Übermedikation[2]	*15,5*	*12,4*	*20,9*	*15,5*
Fehlmedikation[3]	*19,4*	*17,8*	*10,9*	*20,9*
Mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung[4]	*15,5*	*22,5*	*31,0*	*30,2*
Multimedikation[5]	*34,1*	*39,5*	*42,6*	*35,7*

[1] Mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades.
[2] Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist.
[3] Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.
[4] Laborchemische oder funktionsdiagnostische Befunde.
[5] Fünf und mehr ärztlich verordnete Medikamente.
Quelle: Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996: 167.

die Erkrankungshäufigkeit für funktionelle psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen und Angstkrankheiten) und Alkoholismus im höheren Alter nicht anzusteigen, wobei selektive Mortalität vor allem bei Hochaltrigen zu einer Verminderung der Prävalenzraten führen dürfte.

Die beträchtliche Multimorbidität bei älteren Menschen – etwa 30 % haben fünf und mehr Diagnosen – wird begleitet von einer häufigen Anwendung von Arzneimitteln: Über ein Drittel nehmen fünf und mehr Medikamente ein. Auf der Grundlage differenzierter Konsensusratings von Experten konnte gezeigt werden, dass die medikamentöse Behandlungsprävalenz durchaus Über- und Fehlmedikation einschließt, andererseits aber auch in erheblichem Umfang Untermedikationen vorkommen.

Für viele chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters sind wichtige Risikofaktoren seit langem bekannt. Durch eine Reduktion dieser Risikofaktoren in der Bevölkerung ließe sich der Anteil der Personen, die ein hohes Lebensalter in vergleichsweise guter Gesundheit erreichen, deutlich erhöhen. Dies erfordert eine Stärkung präventiver Maßnahmen, die in verschiedenen Lebensaltern weit vor der Hochaltrigkeit ansetzen müssen. Beispielhaft sei das Rauchen genannt, das seit langem als starker Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und viele Krebserkrankungen etabliert ist. Trotz dieser Erkenntnis sind in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern bislang keine nennenswerten Erfolge in der Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung erkennbar. Wichtige weitere Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen, die an erster Stelle der Krankenhausentlassdiagnosen und pflegebegründenden Diagnosen der Hochaltrigen stehen, sind Bewegungsmangel und Übergewicht und ihre Folgeerscheinungen (z. B. Diabetes mellitus, Hyperlipidämie). Die Prävalenz des Übergewichts in Deutschland ist steigend. Die Wurzeln werden vielfach bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine besonders Besorgnis erregende Zunahme des Übergewichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen über Reservekapazitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden können. Interventionsstudien zur Steigerung der kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit belegen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vorhanden sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hochaltriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfähigkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisierbaren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksichtigt werden.

3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz

3.6.1 Einleitung

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geistigen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist gegenüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die durchschnittliche Lebensdauer vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod liegt bei etwa acht Jahren, wobei – in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten und dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer Erkrankungen – eine große Streubreite festzustellen ist (Schäufele et al. 1999).

Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig auch andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen. Diese nichtkognitiven Symptome der Demenz führen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken und zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Sie sind nicht nur Folge degenerativer Prozesse im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der Persönlichkeit und den noch vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien (Hock 2000).

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind die Alzheimerkrankheit und die vaskuläre Demenz, d. h. ein Hirnfunktionsabbau durch Gefäßerkrankungen. Der Rest ist entweder durch seltene Erkrankungen des Gehirns oder durch beide Faktoren, Alzheimerkrankheit und vaskuläre Demenz, bedingt. Eine umfassende Feldstudie in Rotterdam, in der neuere Diagnosekriterien angewendet wurden, ermittelte folgende Häufigkeiten: auf die Alzheimerkrankheit entfielen 72 %, auf vaskuläre Demenzen 16 %, auf Parkinson-Demenzen 6 % und auf sonstige Demenzformen 5 % der Fälle (Ott, A. et al. 1995).

Diese Erkrankungen führen in Folge degenerativer Prozesse (hauptsächlich der Alzheimerkrankheit) oder durch Beeinträchtigung der Energieversorgung (vaskuläre Demenz) zum Verlust von Nervenzellen und zu funktionellen Störungen. Bei der Alzheimerkrankheit dominieren in der Hirnrinde Eiweiß- oder im Fachbegriff Amyolidablagerungen (senile Plaques) und in ihrem Umfeld krankhaft aufgetriebene bzw. zerrissene Nervenzellfortsätze. In den Nervenzellen (besonders in den Regionen der Area entorhinalis und im Ammonshorn) finden sich verdickte Neurofibrillenbündel, die Nervenzellkörper und die Fortsätze zunehmend ausfüllen und zum Tod dieser Nervenzellen führen.

Vereinfacht kann zwischen leichten, mittelschweren und schweren Demenzen unterschieden werden. Von leichten Demenzen spricht man, wenn zwar kognitive Störungen vorliegen, die die Bewältigung schwierigerer Anforderungen kaum erlauben oder zumindest erheblich einschränken, die aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering. Außerdem scheinen, wie Längsschnittuntersuchungen zeigten, nur etwa die Hälfte der Kranken an voranschreitenden Demenzprozessen zu leiden. Ein großer Anteil der Betroffenen weist über Jahre hinweg keine nennenswerten Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit auf. Leichte Demenzen sind somit nicht durchgängig den Frühstadien progredienter Erkrankungen gleichzusetzen. Im mittelschweren Stadium kommen Patientinnen und Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien,

Übersicht 3-3

Symptome der Demenz

Symptom	Beispiel
Verstärkte Vergesslichkeit	Schlüssel oder andere Gegenstände werden häufiger als früher verlegt, Fragen wiederholen sich, die Haustür wird nicht verschlossen, der Herd wird angelassen.
Orientierungsstörungen	Tag, Monat und Jahr können nicht mehr benannt werden, Monate und Jahreszeiten können nicht mehr zugeordnet werden, die Lage früher bekannter Orte wird nicht mehr gewusst, die Zuordnung von Namen zu Personen geht verloren.
Sprachstörungen	Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, zu verstehen, was gemeint ist und sich selbst verständlich zu machen. Umschreibungen häufen sich.
Gefühlsstörungen	Eine leichte Euphorie, Depressivität und auch Aggressivität können auftreten. Oft werden diese Gefühle als „Böswilligkeit“ oder „wahre Gefühle“ verkannt.
Wahnvorstellungen	Kranke können sich bestohlen fühlen, wenn sie vergessen, wohin sie ihre Gegenstände gelegt haben.
Erhaltene Fassade	Die vorhandenen Fähigkeiten werden genutzt, um die Beschwerden zu überspielen: die äußere Fassade ist sehr lange intakt.
Weitere Symptome: Motorische Unruhe, Umherlaufen, Halluzinationen, Unsicherheit, Interessenlosigkeit, fehlende Organisation von Körperpflege und Kleidung, Blasen- und Darmentleerungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen.	

in denen der Patient in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage ist, sondern permanente pflegerische Versorgung benötigt. Erkrankte mit mittelschweren und schweren Demenzen sind auch durch einen hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf gekennzeichnet. In der Regel handelt es sich dabei um irreversibel verlaufende, bis zum Tod andauernde Beeinträchtigungen.

3.6.2 Normales kognitives Altern

Das Altern ist mit einer zunehmenden Beeinträchtigung höherer Hirnfunktionen verbunden. Besonders betroffen sind die über 80-jährigen Menschen (Ritchie et al. 1993). Die Abläufe kognitiver Prozesse sind deutlich verlangsamt (Salthouse 1996). Die Einbußen im Bereich der so genannten „mechanisch-fluiden“ Intelligenz (z. B. bei Prozessen der Intelligenzverarbeitung, den Gedächtnisleistungen, dem Finden formaler und figuraler Zusammenhänge) sind dabei ausgeprägter, als die Störungen der so genannten „pragmatisch-kristallinen“, wissensbasierten Intelligenz (wie z. B. Kulturwissen, Wortschatz, Sozialverhalten) (Reischies & Lindenberger 1999). Etwa 25-50 % der über 65-jährigen Menschen klagen über Störungen der Gedächtnisfunktionen (Jonker et al. 2000). Die Gedächtnisleistungen hängen stark von der Beanspruchung des Gehirns durch andere Aktivitäten (Grady & Craik 2000) ab. Bildgebende Verfahren (z. B. PET) zeigen, dass alte Menschen zusätzliche Hirnbereiche aktivieren müssen, um bestimmte Gedächtnistests ähnlich gut wie die Jüngeren zu bewältigen (McIntosh et al. 1999). Andererseits finden sich aber auch Hinweise auf eine strukturiertere Informationsverarbeitung (Ihl & Brinkmeyer 1999). Das kognitive Leistungsniveau im hohen Alter unterliegt starken interindividuellen Schwankungen, die von anlage- und bildungsbedingten Fähigkeiten, vom ausgeübten Beruf, von Hobbys und schädigenden Faktoren, wie z. B. der Beeinträchtigung sensorisch-sensomotorischer Funktionen, Gehirnatrophie, Intoxikationen, Erkrankungen und Traumen, abhängig sind (Reischies & Lindenberger 1999; Helmchen & Reischies 1998; Cullum et al. 2000; McCurry et al. 1999; Jorm, A. F. et al. 1994).

Houx et al. (1991) fanden folgende potenzielle Risikofaktoren (biological life events) als bedeutsam für einen Kognitionsabbau (nicht mit Demenz gleichzusetzen):

– neurologische Behandlung wegen Schlaganfall, Epilepsie, Encephalitis etc.,
– Behandlung wegen Krankheiten mit möglicher Gehirnbeteiligung,
– mehr als drei Gehirnerschütterungen oder eine mit einer mehr als dreistündigen Amnesie,
– mehr als drei Vollnarkosen oder eine mehrstündige Narkose,
– Gebrauch von Medikamenten mit Einfluss auf Antrieb und Bewusstsein,
– Alkoholmissbrauch,
– andere neurotoxische Faktoren wie Drogenmissbrauch oder organische Lösungsmittel,
– psychiatrische Behandlung in den letzten fünf Jahren,
– Geburtskomplikationen oder Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit.

Mangelnde Aufklärung der Gesellschaft über das normale Altern und das Wesen der Demenz kann für die Betroffenen mit erheblichen Nachteilen verbunden sein.

Die Vorstellung, dass hohes Alter unweigerlich mit ausgeprägten Störungen aller Hirnfunktionen verbunden ist, kann zur falschen Bewertung der beobachteten Auffälligkeiten führen und eine rechtzeitige Diagnose einer Demenz verhindern. Bis zu 86 % leichter und 58 % mittelschwerer Demenzen werden durch Hausärzte nicht erkannt (Sandholzer et al. 1999; Sandholzer & Stoppe 1996) und so eine u. U. sinnvolle Behandlung nicht eingeleitet. Anderseits besteht für sehr alte Menschen die Gefahr, fälschlich für demenzkrank gehalten zu werden, mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Lebensplanung und -gestaltung. Zwischen dem 80sten und 100sten Lebensjahr verringern sich die kognitiven Leistungen um eine bis zwei Standardabweichungen vom Ausgangsniveau (Reischies & Lindenberger 1999). Bereits diese Veränderungen reichen aus, um bei einem über 90-jährigen Menschen mit niedrigem Bildungsniveau Demenz zu diagnostizieren, auch wenn keine Demenzerkrankung mit entsprechenden neuropathologischen Befunden vorliegt. Die neuropathologischen Auffälligkeiten sind für die Bestimmung des Schwergrads einer Demenz nicht unbedingt maßgeblich. Befunde, die für eine Alzheimerkrankheit oder eine vaskuläre Demenz typisch sind, treten bei den 70- bis 103-jährigen psychisch gesunden und demenzkranken Menschen fast gleich häufig auf und korrelieren nicht mit den Ergebnissen der testpsychologischen Untersuchungen (Ince 2001). Die mit MRI gemessenen Hyperintensitäten der weißen Substanz korrelieren zwar signifikant mit der Abnahme des IQ zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr, nicht aber mit dem IQ der über 80-Jährigen (Garde et al. 2000).

Die Angehörigen halten oft jahrelang die Symptome einer Demenz für normale Erscheinungen des Alters und gehen mit den Kranken falsch um, was zu einer erheblichen Störung der Beziehung und einem vermeidbarem Stress führt.

29 % der über 70-jährigen Westdeutschen und 35 % der Ostdeutschen sind über wahrgenommene Veränderungen ihrer geistigen Funktionen besorgt (Noll & Schöb 2001) und erwarten von den behandelnden Ärzten Rat und therapeutische Empfehlungen. Zwar lassen sich diese Beeinträchtigungen nicht aufhalten, können jedoch in ihrem Verlauf und ihrer Ausprägung beeinflusst werden. Ein hohes Bildungsniveau verlangsamt den Abbau kristalliner Intelligenz und hilft, die altersbedingten Störungen der kognitiven Funktionen zu kompensieren (Compton et al. 2000; Christensen et al. 1997). Gedächtnistraining, besonders in Verbindung mit Psychomotoriktraining führt zu einer signifikanten und über Jahre anhaltenden Besserung des kognitiven Status (Oswald, W. D. et al. 1998). Auch intensive soziale Kontakte verlangsamen den kognitiven Abbau (Fratiglioni et al. 2000). Die Ernährung scheint dagegen ohne Einfluss auf die altersbedingten Veränderungen der Kognition zu sein (Hagen et al. 1999).

3.6.3 Epidemiologie der Demenzen

3.6.3.1 Prävalenz der Demenz

3.6.3.1.1 Bevölkerungsstudien

Seit Anfang der 70er-Jahre wurden weltweit zahlreiche Gemeindestudien zur Bestimmung der Prävalenz dementieller Erkrankungen durchgeführt. In Deutschland liegen bislang vier Studien vor, die sich auf die über 65-Jährigen bzw. über 70-Jährigen beziehen. Berücksichtigt man die mittelschweren und schweren Demenzen, so werden folgende Prävalenzraten berichtet: Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren litten in einer kleinstädtisch-ländlichen Region Oberbayerns (Weyerer & Dilling 1984) 3,5 %, in der Stadt Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983) 6,0 % an einer Demenz. Bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren werden erwartungsgemäß höhere Raten berichtet: 7,6 % in Göttingen (Krauss et al. 1977) und 9,2 % in Berlin (Helmchen et al. 1996). Die Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenzen in Deutschland liegt in einer ähnlichen Größenordnung wie in den meisten anderen Ländern. Internationalen Studien zu Folge schwanken die Raten zwischen 4 und 8 %, mit einem Durchschnitt von etwa 6 %. Auf der Grundlage neuerer Meta-Analysen hat Bickel (1999) eine Schätzung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen (vgl. Tabelle 3-43). Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland bei einer mittleren Prävalenzrate von 7,2 % etwa 900.000 Menschen von einer Demenz betroffen.

Tabelle 3-43

Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl
65–69	*1,2*	50.000
70–74	*2,8*	94.000
75–79	*6,0*	136.000
80–84	*13,3*	225.000
85–89	*23,9*	253.000
90 und älter	*34,6*	142.000
65 und älter	*7,2*	900.000

Quelle: Bickel 1999.

Als übereinstimmendes Ergebnis aller bislang durchgeführten Bevölkerungsstudien zeigte sich, dass die Prävalenz der Demenz mit dem Alter deutlich zunimmt. Sie liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1 %, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30 % an. Eine ausschließlich auf Hochaltrige (85 Jahre und älter) ausgerichtete Bevölkerungsstudie in München (Fichter, M.M. et al. 1995) ergab – unter Zugrundelegung der SIDAM/DSM-III-R Kriterien eine Rate von 27,8 %. Im Rahmen der Berliner Altersstudie berichten Helmchen et al. (1996) bei den 90- bis 94-Jährigen eine Prävalenz von 32 %. Nach Bickel (1999) ist es jedoch strittig, wie sich die Raten unter den über 95-Jährigen oder den über 100-Jährigen fortsetzen. Einige Studien, die größere Populationen von Höchstaltrigen untersuchten, ermittelten eine Bandbreite zwischen 40 und nahezu 75 %. Der Verlauf des Anstiegs deckt sich oberhalb von 90 Jahren nicht mehr mit dem Modell der exponentiellen Zunahme, sondern bleibt deutlich dahinter zurück.

Demenzen können auch in jüngeren Jahren auftreten. Die Prävalenz präseniler Demenzen ist jedoch sehr niedrig und ihre Schätzung ist mit großen Unsicherheiten behaftet. Aufgrund der wenigen Gemeindestudien, die auch jüngere Altersgruppen einbezogen haben, liegt die Rate im Alter zwischen 30 und 59 Jahren bei etwa 0,1 % (Hofman et al. 1991b), im Alter zwischen 55 und 64 Jahren bei 0,4 % (Ott, A. et al. 1995). Für Deutschland liegen keine epidemiologischen Untersuchungen über präsenile Demenzen vor, doch kann man – auf der Grundlage der Ergebnisse aus anderen Ländern – die Gesamtzahl der Erkrankten auf etwa 20 000 bis 30 000 schätzen (Bickel 1999).

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt nach den deutschen Untersuchungen in ähnlicher Höhe wie die der schwereren Formen. Es werden Raten von etwa 5 % berichtet, mit sehr geringen regionalen Unterschieden: 4,7 % in Berlin (Helmchen et al. 1996), 5,0 % in Oberbayern (Weyerer & Dilling 1984) und jeweils 5,4 % in Göttingen (Krauss et al. 1977) und Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983). In internationalen Studien schwanken die Schätzungen jedoch sehr stark. Dies hängt auch damit zusammen, dass es noch an klaren Kriterien mangelt, anhand derer man in Bevölkerungsstudien frühe Stadien von gutartigen kognitiven Alterseinbußen von lebenslang bestehenden Leistungsminderungen und von vorübergehenden Beeinträchtigungen abgrenzen kann.

Subklinische kognitive Defizite, die nicht die Demenzkriterien erfüllen, treten bei älteren Menschen relativ häufig auf. Auf Testleistungen und klinischen Beobachtungen beruhende Schätzungen beziffern die Prävalenz auf 16 bis 34 %, wobei ebenfalls eine starke Altersabhängigkeit festzustellen ist (Bickel 1999).

3.6.3.1.2 Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe

In den meisten Industrieländern leben Demenzkranke überwiegend – in Deutschland beispielsweise etwa 60 % – in Privathaushalten und werden hauptsächlich von Angehörigen versorgt. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit werden sie dabei von Sozialstationen, ambulanten Diensten oder Tagespflegeeinrichtungen unterstützt. In Deutschland liegen bislang nur wenige repräsentative Untersuchungen über die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Klientel von ambulanten und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe vor. Eine Studie von Schäufele und Cooper (1993) ergab, dass 1990 11,9 % und 1993 8,2 % der von Mannheimer Sozialstationen

Betreuten an einer mittelschweren und schweren Demenz litten. Die Rate leichter Demenzen lag bei 14,1 % (1990) und 12,8 % (1993). Die Untersuchung ergab auch, dass die Entlastung pflegender Angehöriger durch ambulante Dienste sehr begrenzt ist. Aufwendige Leistungen wie Tag- oder Nachtwachen, aktivierende Pflege oder Selbstständigkeitstraining konnten häufig nicht erbracht werden.

Deutlich höher als bei ambulant versorgten älteren Menschen scheint die Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenzen bei den Klienten in Tagespflegeeinrichtungen zu sein: Eine neuere Untersuchung in 17 badischen Tagespflegeeinrichtungen ergab eine Rate von 44,8 % (Weyerer et al. 2000b).

Im Rahmen der institutionellen Versorgung Demenzkranker kommt den Alten- und Altenpflegeheimen die größte Bedeutung zu. Aus Erhebungen in Industrieländern geht hervor, dass wenigstens 40 % (Fratiglioni et al. 1994, O`Connor et al. 1989), gelegentlich sogar bis zu 75 % der Demenzkranken (Juva et al. 1993) in Institutionen versorgt werden, wobei die Unterbringungsrate mit zunehmendem Krankheitsschweregrad ansteigt. Erwartungsgemäß ergaben epidemiologische Studien, in denen der kognitive Status mit identischen Instrumenten bei älteren Menschen in Heimen und in Privathaushalten untersucht wurde, um ein Vielfaches höhere Demenzraten bei Heimbewohnern (Weyerer et al. 1995). Seit Beginn der 80er-Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführte Studien belegen, dass zwischen 17 und 36 % der Altenheimbewohner, zwischen 51 und 72 % der Pflegeheimbewohner und im Mittel fast 60 % aller in Einrichtungen der stationären Altenhilfe versorgten Menschen an einer Demenz leiden (Bickel 1997). Diese Zahlen liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie die aus methodischen Gründen nicht direkt vergleichbaren Untersuchungen in Deutschland (Cooper, B. et al. 1984, Lehmkuhl et al. 1985, Steinkamp et al. 1993, Weyerer et al. 1995). Bickel (1995b) konnte zeigen, dass 43,7 % aller intramural betreuten Älteren an einer Demenz litten.

Unter den Heimbewohnern, die in ein Wohn- oder Altenheim eingetreten waren, belief sich der Anteil der Dementen auf weniger als 20 %, von den Pflegeheimbewohnern waren – ähnlich wie in anderen Industrieländern – wesentlich mehr, nämlich über 60 % an fortgeschrittenen Demenzen erkrankt. Über die Hälfte der Demenzen entsprach den diagnostischen Kriterien für eine Alzheimerkrankheit, ein Drittel ging auf vaskuläre Ursachen zurück und weniger als 10 % entfiel auf spezifische oder nicht näher bekannte Ursachen. Die diagnostische Verteilung entsprach damit weitgehend der Verteilung von Demenzkranken, die in Privathaushalten leben. Bickel (1995b) ging auch der Frage nach, ob Demenzen ursächlich für den Heimeintritt verantwortlich waren oder ob sie eher als Begleiterkrankungen zu verstehen waren bzw. sich sogar erst nach der Heimaufnahme entwickelten. Es konnte gezeigt werden, dass Demenzen nicht nur sehr häufig unter Heimbewohnern sind, sondern dass sie auch mit großem Abstand der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim waren. In mehr als der Hälfte aller Fälle waren sie für die Aufnahme in ein Pflegeheim Ausschlag gebend und in 18 % der Fälle für die Aufnahme in ein Altenheim. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch eine neuere repräsentative Studie in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen, in der neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner zum Zeitpunkt der Heimübersiedelung im Querschnitt mit jenen verglichen wurden, die bereits etwa vier Jahre lang im Heim lebten. Es zeigte sich, dass in beiden Populationen jeweils über die Hälfte der Bewohnerschaft von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen waren (Weyerer et al. 2000b). Es konnte auch gezeigt werden, dass sich innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums die Prävalenz von Demenzerkrankungen in den Heimen im Querschnitt verändern kann. Von 1995/1996 bis 1997/1998 stieg unter den mit gleicher Methodik untersuchten Heimbewohnern die Demenzrate von 53,8 % auf 58,6 % an.

3.6.3.2 Inzidenz der Demenz

Im Vergleich zur Prävalenz ist es wesentlich aufwendiger, die Inzidenz, d. h. das Neuauftreten einer Demenz innerhalb eines bestimmten Zeitraums, zu ermitteln. Um zu einer ausreichenden Zahl von Neuerkrankungen zu kommen, müssen sehr viele kognitiv nicht Beeinträchtigte prospektiv über längere Zeitperioden untersucht werden, wobei es zu hohen mortalitätsbedingten Ausfallraten kommt. Es kann dabei zu einer großen Unterschätzung der Inzidenz kommen, wenn im Follow-up nur Informationen über die Überlebenden gewonnen werden und nicht über die zwischenzeitlich Verstorbenen – etwa durch Befragung naher Angehöriger oder des Pflegepersonals.

Auf der Grundlage mehrerer europäischer Studien, die bis 1997 publiziert wurden, berichten Jorm und Jolley (1998) einen Anstieg der jährlichen Inzidenz mittelschwerer und schwerer Demenzen von 0,36 % unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf 6,61 % unter den 90- bis 94-Jährigen. Schließt man leichte Demenzen ein, so verdreifachen sich die Raten in allen Altersgruppen und steigen von 0,91 % (65- bis 69-Jährige) auf 17,98 % (90- bis 94-Jährige) an. Bei den Neuerkrankungen überwiegt – ähnlich wie bei der Prävalenz – die Alzheimer-Demenz. Ihr Anteil steigt gegenüber den anderen Demenzformen mit zunehmendem Alter an.

Die hohe jährliche Inzidenzrate bei Hochaltrigen wird auch in einer deutschen Studie bestätigt, die sich speziell auf diese Gruppe konzentrierte. Bezogen auf die 85-Jährigen und Älteren geben Fichter et al. (1996) eine Neuerkrankungsrate von 14,41 % an, wobei ein linearer Anstieg mit zunehmendem Alter ermittelt wurde (85 bis 89 Jahre: 12,62 %; 90 bis 94 Jahre: 19,31 %; 95 Jahre und älter: 29,95 %). Auch diese Studie spricht gegen die Vermutung, dass ab einem bestimmten Alter die Risikoperiode für das Auftreten einer Demenz durchschritten sei und besonders Langlebige vor einer Demenzerkrankung geschützt seien. Auf der Grundlage einer von Gao et al. (1998) veröffentlichten Meta-Analyse, in der zwölf Studien berücksichtigt wurden, in denen Demenzen nach den DSM-III-Kriterien klassifiziert wurden, hat Bickel (1999) eine Schätzung der Anzahl der Neuerkrankungen für Deutschland vorgenommen (vgl. Tabelle 3-44).

Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren ist in Deutschland jährlich mit 192 000 erstmals an einer Demenz Erkrankten zu rechnen. Im Alter von unter 65 Jahren sind unter Berücksichtigung von Inzidenzraten aus angloamerikanischen Ländern weitere 4 000 bis 6 000 Neuerkrankungen pro Jahr zu erwarten. Von den insgesamt nahezu 200 000 Neuerkrankungen entfallen etwa 135 000 auf die Alzheimerkrankheit.

3.6.4 Risikofaktoren der Demenz

In groß angelegten Untersuchungen konnte eine Reihe wesentlicher Risikofaktoren für die Manifestation eines Demenzsyndroms bzw. einer Alzheimerkrankheit nachgewiesen werden. Beispielhaft sind in Tabelle 3-45 die Ergebnisse der Meta-Analyse von Hendrie (1998) dargestellt.

Das Alter ist der unbestrittene Hauptrisikofaktor für das Demenzsyndrom im Allgemeinen wie auch für die Alzheimerkrankheit im Besonderen (Van Duijn 1996; Bickel 1997). Bei der Untersuchung Hochaltriger fand sich eine große Überlappung der demenztypischen Veränderungen zwischen Gesunden und Demenzkranken (Xuereb et al. 2000). Wodurch sich mit dem Alter das Risiko erhöht, ist damit ungeklärt. Weibliches Geschlecht stellt einen

Tabelle 3-44

Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland
65–69	*0,33*	13.000
70–74	*0,84*	28.000
75–79	*1,82*	39.000
80–84	*3,36*	49.000
85–89	*5,33*	43.000
90 und älter	*8,00*	20.000
65 und älter	*1,61*	192.000

Quelle: Gao et al. 1998, Bickel 1999.

Tabelle 3-45

Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit

Risikofaktor	Gesichert	Wahrscheinlich	Unsicher	Interaktiv	Sehr unsicher
Alter	+				
Familiäre Belastung	+				
ApoE4		+		+	
Geschlecht			+	+	
Sozialer Status					+
Lebensstil					+
Schädel-Hirntrauma			+	+	
Depression		+			
Hypothyreose			+		
Diabetes			+		
Umweltexposition					+
Aluminium			+		
Zink					+
Rauchen			+	+	
Vitamin B12-Mangel					+
Körperliche Inaktivität					+

Quelle: Hendrie 1998, modifiziert.

wichtigen Risikofaktor für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit dar; dieser Effekt wird jedoch durch die höhere Lebenserwartung der Frauen beeinflusst. Männliches Geschlecht gilt als Risikofaktor für die Manifestation einer vaskulären Demenz (Letenneur et al. 1994; Yoshitake et al. 1995). Der Risikofaktor eines höheren Alters der Mütter (Rocca et al. 1991; Fratiglioni et al. 1993) und Väter (Bertram et al. 1998) für die Manifestation einer Demenz bei den Nachkommen konnte noch nicht übereinstimmend bestätigt werden. In der Meta-Analyse von Launer et al. (1999) war es nicht gelungen, einen Zusammenhang zwischen „Familiarität" einer Demenz und Erkrankungsrisiko herzustellen, jedoch konnten in der letzten Dekade eine Reihe molekulargenetischer Risikofaktoren identifiziert werden, die – vor allem, aber nicht ausschließlich – für die Manifestation präseniler, wenig prävalenter Demenzformen relevant sind.

Ein autosomal dominanter Vererbungsmodus etwa der Chorea Huntington (Veitstanz) war seit langem bekannt. Inzwischen gelang es ebenfalls, familiäre Formen auch vaskulärer Demenzen und der Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung zu beschreiben. Nur bei wenigen Familien mit dem Phänotyp einer präsenilen Alzheimerkrankheit waren autosomal dominante Mutationen mit hoher Penetranz, nämlich auf Chromosom 21 im Bereich des Amyloidvorläuferproteins, auf Chromosom 14 im Bereich des Präsenilin-1-Gens und auf Chromosom 1 im Bereich des Präsenilin-2-Gens, festzustellen. Waren derartige autosomal dominante Mutationen nur bei wenigen Familien nachzuweisen, so sind die Isoformen des Apolipoprotein E (ApoE2, ApoE3, ApoE4) Risikomodulatoren, die für eine große Zahl von Menschen bedeutsam sind. Günstig ist das Vorliegen der Isoformen ApoE2 und ApoE3 während die Isoform ApoE4 mit einem höheren Risiko an einer Demenz – vor allem Alzheimerkrankheit – zu erkranken, assoziiert ist. Eine Heterozygotie für ApoE4 (z. B. ApoE4/ApoE3) geht mit einem etwa zweifach erhöhten Risiko, in einem bestimmten Alter an einer Demenz zu erkranken, einher, Homozygotie (ApoE4/ApoE4) mit einem zehnfach erhöhten Risiko (Slooter et al. 1998). Der ApoE4-Genotyp erklärt etwa 10 % der Varianz des Manifestationsalters, jedoch können selbst homozygote ApoE4-Träger ein hohes Alter erreichen, ohne dement zu werden (Henderson, A.S. et al. 1995). Etwa 20 % der Bevölkerung sind hetero- oder homozygote ApoE4-Träger; 60 % der Patientinnen und Patienten mit manifester Alzheimerkrankheit sind hetero- oder homozygot in Bezug auf das ApoE4 (Czech et al. 1993). ApoE4 fördert möglicherweise nicht nur die Manifestation einer Alzheimerkrankheit, sondern auch die Manifestation der vaskulären Demenz, die der Lewy-Körperchen Variante der Alzheimerkrankheit und anderer Demenzformen (McKeith & Byrne 1997). Ferner ist ApoE4 mit einer rascheren kognitiven Verschlechterung bei (noch) nicht dementen Personen assoziiert, vor allem bei gleichzeitigem Vorliegen leichter struktureller Hirnveränderungen (Leukoaraiose) (Reed et al. 1994; Henderson, A. S. et al. 1995; Jonker et al. 1998; Skoog et al. 1998). Als weiterer relevanter Polymorphismus konnte in den letzten Jahren das a2-Makroglobulin wahrscheinlich gemacht werden (Blacker et al. 1998; Myllykangas et al. 1999).

Bei über 85-Jährigen bleiben sowohl ApoE4 als auch Läsionen der weißen Substanz ohne Einfluss auf das Risiko der Alzheimerkrankheit (Ritchie & Dupuy 1999). Angehörige von Menschen, die erst nach dem 80. Lebensjahr an einer Alzheimerkrankheit erkrankt sind, haben kein erhöhtes Krankheitsrisiko, was ebenfalls für eine andere Ätiologie der Demenz im hohen Alter spricht (Wu et al. 1998).

Das Risiko nach einem Schädel-Hirntrauma kognitive Einbußen zu erleiden, kann durch den ApoE-Allel-Status modifiziert werden (Mayeux et al. 1995). Es ergaben sich neurobiologische Hinweise auf eine gesteigerte Interleukin-I- und b-Amyloidexpression nach Schädel-Hirntraumata (Roberts et al. 1994). Retrospektive Studien über den Zusammenhang von Schädel-Hirntraumata und dem Auftreten einer Demenz sind methodisch durch die Verzerrung des episodischen (biografischen) Gedächtnisses belastet, die zu einer Unterschätzung des Risikos beitragen kann.

Depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte erhöhen nach Jorm et al. (1991) das Risiko für die Manifestation einer Demenzerkrankung. Depressionen konnten jedoch nicht eindeutig als Prädiktoren späterer Demenzerkrankungen bestätigt werden. In vielen Fällen sind sie eher als frühes Symptom einer Demenz aufzufassen (Chen et al. 1999). Eine bessere Ausbildung schützt während einer depressiven Episode gegen die Manifestation kognitiver Störungen (Palsson et al. 1999).

Körperliche Inaktivität wird als möglicher Risikofaktor für Demenzerkrankung diskutiert (Broe et al. 1990; Kondo et al. 1994), wobei nicht bekannt ist, ob sie direkt oder durch mögliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes pathogen wirkt.

Weitere kontrovers diskutierte organische Risikofaktoren für Demenzerkrankungen sind Schilddrüsenerkrankungen, Aluminium, Zink, Alkohol, Umwelttoxine und Magnetfelder.

Die Entwicklung vaskulärer Demenzen wird durch die Risikofaktoren Hypertonus, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Atheromatose und andere Gefäßerkrankungen sowie durch zerebrale Marklagerveränderungen (Leukoaraiose) gesteigert. Hofman et al. (1997) konnten die Assoziation von ApoE4, vermehrter Atherosklerose, vaskulärer Demenz und Alzheimerkrankheit demonstrieren. Immer deutlicher treten Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Hypertonus im mittleren Lebensalter und der Manifestation einer Demenz nach 15- bis 20-jähriger Latenz (Stewart 1999) zu Tage.

Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen wurden durch den Diagnosewechsel bei medizinischer Komorbidität und die differente Mortalität bei Vorliegen unterschiedlicher Risikofaktoren und demenzieller Erkrankungen konfundiert.

3.6.5 Protektive Faktoren

Als protektive Faktoren konnten neben den bereits erwähnten ApoE2 und ApoE3 bisher nichtsteroidale Antiphlogistika, Östrogene und höhere Bildung in einigen Untersuchungen gefunden werden (vgl. Tabelle 3-46). Eine Behandlung mit Entzündungshemmern bei rheumatoider

Übersicht 3-4

Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen

Risikograd	Behandelbare Risikofaktoren
I. Gefahr des Schlaganfalls oder kognitiver Störungen durch Risikofaktoren im frühen oder mittleren Erwachsenenalter	Hypertonus Zigarettenrauchen Alkoholmissbrauch Diätetische Faktoren/Hypercholesterinämie Vorhofflimmern/kardiale Emboliequellen Diabetes mellitus Herzfehler
II. Frühzeichen vaskulär bedingter kognitiver Störungen und/oder Befunde im bildgebenden Verfahren, die einem Schlaganfall oder einer Leukoaraiosis entsprechen	Wie beim Grad I.; zusätzlich – Schlaganfallprophylaxe (entsprechend der Indikation z. B. Medikamente, wie Ticlopidin, Acetylsalicylsäure, Warfarin oder chirurgische Karotisdesobliteration), gemäß anerkannter Richtlinien

Quelle: Gorelick et al. 1999.

Arthritis senkte das Risiko einer Demenzmanifestation (Breitner et al. 1994; Andersen et al. 1995). Patientinnen und Patienten mit manifester Alzheimer Demenz zeigten unter Indomethacin-Behandlung eine langsamere kognitive Verschlechterung (Rich et al. 1995). Der Gebrauch von Antihypertensiva reduziert die Inzidenz und Verlaufsgeschwindigkeit einer Demenz (Guo et al. 1999).

Tabelle 3-46

Protektive Faktoren

Protektive Faktoren	Gesichert	Wahrscheinlich	Unsicher	Sehr unsicher
$ApoE_2$ und $ApoE_3$	+			
Intelligenz, Bildung		+		
Soziale Kontakte				+
Behandlung mit Östrogenen		+		
Nichtsteroidale Antiphlogistika		+		
Antioxidantien			+	
Antihypertensiva				+

Quelle: Hendrie 1998, modifiziert.

In mehreren Fall-Kontroll-Studien wurde eine 30- bis 60-%ige Verringerung des Demenzrisikos bei Frauen demonstriert, die nach der Menopause Östrogene eingenommen hatten. Dieser protektive Effekt ist vermutlich abhängig von Dosis und Dauer der Einnahme (Paganini-Hill 1996). In einer Kohortenstudie wurden über 1 000 Frauen der hohen Altersstufe bis zu fünf Jahren beobachtet: Während des Beobachtungszeitraums entwickelten insgesamt 15 % eine Alzheimerkrankheit, wobei das relative Risiko bei Einnahme von Östrogenen nach der Menopause um etwa 60 % niedriger lag als bei Frauen, die keine Östrogene einnahmen (Tang, M. X. 1996). Nach Waring et al. (1999) ist eine Einnahmedauer des Östrogens von mehr als sechs Monaten entscheidend.

Zwischen 1985 und 1991 erschien eine Reihe epidemiologischer Studien aus verschiedenen europäischen Ländern, Israel und China, die auf den günstigen Einfluss einer gehobenen Ausbildung auf das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, hinwiesen (Katzman 1993). Seither wurde dieser Effekt durch mehrere Studien in Australien (Jorm, A. F. et al. 1994), den Niederlanden (Ott, A. et al. 1995), Frankreich (Letenneur et al. 1999) und den USA (Lyketsos et al. 1999) gezielt untersucht und bestätigt. Es fanden sich neuroradiologische Hinweise auf eine erhöhte zerebrale Reservekapazität bei Patientinnen und Patienten mit höherer Bildung (Alexander et al. 1997; Mori et al. 1997; Coffey et al. 1999). Cohen et al. (1996) wiesen auf den Zusammenhang zwischen schlechterer Ausbildung und ungünstigerem Sozialstatus hin. Bowler et al. (1998) belegten die Assoziation zwischen früher Geburt, schlechterer Ausbildung und Akkumulation vaskulärer Hirnläsionen. In einer US-amerikanischen Studie an Mitgliedern eines Ordens („Nonnenstudie“) konnte ein Zusammenhang zwischen einer niedrigen Ideendichte und schlechtem sprachlichen Ausdrucksvermögen in jungen Jahren mit einem höheren Manifestationsrisiko und sogar höheren Plaquedichten im Senium nachgewiesen werden (Snowdon et al. 1996). Eine Reihe anderer Studien findet allerdings, dass die gehobene Ausbildung weder einen Einfluss auf das Risiko, an einer Alzheimerkrankheit zu erkranken, noch auf deren Verlauf hat (Del Ser et al. 1999, Munoz et al. 2000).

In einer Reihe von Untersuchungen ergaben sich Hinweise auf eine kognitionsfördernde bzw. -erhaltende Wirkung sozialer Kontakte (Bassuk et al. 1999; Glass et al. 1999; Kramer et al. 1999).

Vitamin E (Alpha-Tocopherol) scheint die Verschlechterung der kognitiven Leistungen bei der Alzheimerkrankheit zu verlangsamen (Sano et al. 1997). Niedrige Vitamin E-Werte im Serum korrelieren mit deutlich schlechteren Gedächtnisleistungen (Perkins et al. 1999). Diätetische Zufuhr von Vitamin C und höhere Vitamin C-Spiegel im Serum scheinen den oxidativen Stress zu lindern, kognitive Leistungen positiv zu beeinflussen (Paleologos et al. 1998) und protektiv gegen die Alzheimerkrankheit zu wirken (Morris et al. 1998). Diese Befunde bedürfen aber weiterer Bestätigung.

3.6.6 Folgen einer Demenz

Im Folgenden gehen wir auf die Konsequenzen dementieller Erkrankungen ein: Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit, Unterernährung und Verhungern, Verhaltensstörungen, erhöhte Unfallgefährdung, erhöhtes Risiko Opfer krimineller Taten zu werden, Begleiterkrankungen und medizinische Unterversorgung. Die rechtlichen Folgen einer bestehenden Demenz werden in Kapitel 5 eingehend dargelegt.

3.6.6.1 Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit

Neben einer zunehmenden Beeinträchtigung kognitiver Funktionen mit der Unfähigkeit, Neues zu lernen, auf die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen zurückzugreifen und so die schwierige Anpassung an die wechselnden Lebensumstände zu vollziehen, führen Demenzerkrankungen auch zu einer erheblichen Veränderung der Persönlichkeit der Kranken und zu Störungen der Wahrnehmung. Die emotionale Grundhaltung der prämorbiden Persönlichkeit bleibt zwar weitgehend erhalten, wird jedoch durch abnehmende Impulskontrolle „vergröbert“ (Magai et al. 1997). Mit Zunahme der kognitiven Störungen werden die Betroffenen weniger spontan, wirken verschlossen, apathisch und desinteressiert, sind unflexibel, unsicher und „chaotisch“ in ihren Alltagsaktivitäten (Jacomb & Jorm 1996). Bereits bei einer mittleren Ausprägung des Demenzsyndroms wird eine zunehmende Apraxie beobachtet, wobei die Fähigkeiten zur Umsetzung gedanklich vorgestellter motorischer Sequenzen in entsprechende Aktivitäten, sowie intellektuelle Verknüpfung zwischen Gegenständen oder Begriffen mit passenden Handlungsabläufen viel stärker beeinträchtigt sind, als die Fähigkeit zur Nachahmung anderer Menschen (Lucchelli et al. 1993). Durch gestörte Verarbeitung der visuell-räumlichen Informationen können die Kranken die Richtung ihrer Bewegung nicht richtig beurteilen und verirren sich leicht auch in bekannter Umgebung (unabhängig von den Störungen des Gedächtnisses). Durch diese Veränderungen wird der Kranke in seiner Autonomie, der Fähigkeit zu einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung, zunehmend behindert und ist auf die Hilfe Anderer angewiesen. Viele Demenzkranke werden pflegebedürftig. Dies trifft zu für Menschen mit Alzheimer-Erkrankung, seltenen degenerativen Demenzformen sowie vaskulären Demenzen, wenn erneute akute Durchblutungsstörungen nicht verhindert werden können und zu einer schubhaften Progression führen. Vergesslichkeit, Apraxie, Unfähigkeit zur Wahrnehmung und Interpretation der Signale des autonomen Nervensystems (volle Blase/Mastdarm, Hunger, Durst, Schmerzen usw.) sowie Beeinträchtigung der Sehfähigkeit und des Riechvermögens führen zur Verwahrlosung trotz einer gut erhaltenen Beweglichkeit und physischen Gesundheit. Mit zunehmendem Schweregrad des Demenzsyndroms wird eine ambulante Versorgung der Kranken immer schwieriger. Für die pflegenden Angehörigen steht dabei nicht die physische Belastung durch die pflegerischen Versorgungsmaßnahmen im Vordergrund, sondern das herausfordernde Verhalten der Kranken (Meier, Denise 1999). Während verbale und tätliche Aggressivität zu den größten Problemen unmittelbar vor der Einweisung in die stationäre Krankenhausbehandlung gehört, führt sie nur selten zu einer Notaufnahme in Pflegeeinrichtungen. Zu den wichtigsten Prädiktoren einer Institutionalisierung innerhalb eines Jahres gehören exzessive nächtliche Unruhe, Immobilität oder Gangstörungen und längere Trennung von der betreuenden Person während der Woche (mehr als 16 Stunden, z. B. in der Tagespflege) (Hope et al. 1998).

Besonders kritisch ist die Situation allein stehender Demenzkranker. Durch fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite suchen sie nicht die Hilfe von Freunden, Nachbarn oder sozialen Einrichtungen, sondern versuchen, selbstständig den Alltag zu meistern (Cotrell 1997). Etwa 15 % der über 70-jährigen Menschen ziehen wegen der Verschlechterung der (somatischen und psychischen) Gesundheit mit einer zunehmenden Abhängigkeit von fremder Hilfe nach der Verwitwung oder wegen finanzieller Schwierigkeiten um. Der Umzug stabilisiert jedoch nicht den Gesundheitszustand der Betroffenen (auch wenn sie danach mit den Angehörigen zusammenleben), sondern beschleunigt noch die Krankheitsverläufe (Choi 1996).

Häufig erschweren auch Krankheitszeichen wie der Verfolgungswahn oder Halluzinationen die Autonomie (siehe auch 3.6.6.3), da z. B. Betreuungspersonen bezichtigt werden, Gegenstände wegzunehmen oder angenommen wird, dass fremde Personen in die Wohnung einbrechen würden. Hierdurch kommt es zu einer Vielzahl von Konflikten im häuslichen Umfeld, die das autonome Leben gefährden. Die Situation wird dadurch kompliziert, dass Demenzkranke nicht mehr wahrnehmen können, dass sie krank sind und die meisten ihrer Probleme durch die Krankheit bedingt sind. Hieraus ergibt sich schließlich oftmals die Notwendigkeit, einen gerichtlich bestellten Betreuenden zu bestimmen bzw. weitere freiheitseinschränkende Maßnahmen, wie die Einweisung in ein Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen einzuleiten.

3.6.6.2 Unterernährung und Verhungern

Gewichtsverlust gehört zu typischen Störungen bei der Alzheimerkrankheit. Etwa 25 % der Betroffenen sind untergewichtig. Frauen und Kranke mit einer starken Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen sind besonders gefährdet (Bedard et al. 2000). Die Veränderungen der Stoffwechselprozesse mit einem erhöhten Metabolismus

scheinen dabei eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Im Vordergrund stehen ein gesteigerter Energieverbrauch und eine mangelnde Nahrungsaufnahme (Seth 1994).

Ein psychomotorisch unruhiger Demenzkranker legt während seiner täglichen Wanderungen in der Wohnung oder in der Einrichtung Strecken von bis zu 40 km zurück. Zu einer deutlichen Erhöhung des Energieverbrauchs führen auch „sinnlose“ Aktivitäten (Wischbewegungen, ständiges Aufstehen und Hinsetzen, Klopfen, Gestikulieren, Schreien usw.), die bei Kranken mit einer schweren Ausprägung der Demenz sehr oft beobachtet werden (Levine et al. 1999; Ravissin & Danforth 1999). Sie verbrauchen dadurch täglich bis zu 1 600 kcal zusätzlich und nehmen bei einer normalen Hauskost mit 1 800 bis 2 200 kcal an Gewicht ab (Spindler et al. 1996), verhungern also bei scheinbar ausreichender Ernährung. Das „Verschenken“, bzw. Wegnehmen der Mahlzeiten durch Tischnachbarn spielt bei der Unterernährung nur eine geringe Rolle. Weniger als 10 % der demenzkranken Heimbewohner zeigen solche Verhaltensauffälligkeiten (Silver & Albert 2000). Auch Demenzkranke mit einer abnormen Nahrungsaufnahme (etwa 10 % der Dementen) sind überwiegend untergewichtig. Bei den meisten von ihnen handelt es sich um Menschen mit einem erheblich gesteigerten Bewegungsdrang (Smith, G. et al. 1998).

Mangelnde Nahrungsaufnahme ist einer der wichtigsten Prädiktoren der Mortalität der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen (Dale et al. 2001). Boersma et al. (1999) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Kräfteverfall, Flüssigkeitsverlust und Lungenentzündung zu den häufigsten Todesursachen von Demenzkranken gehören. Mit zunehmendem Grad der Demenz gestaltet sich bei der überwiegenden Zahl der Kranken bereits die Aufnahme der üblichen Mahlzeiten immer schwieriger.

Die Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme haben mehrere Ursachen. Die Essgewohnheiten und Geschmäcker verändern sich im Laufe der Erkrankung, was zur Abneigung gegen früher bevorzugte (und von den Betreuenden weiterhin angebotene) Speisen führen kann. Demenzkranke, vor allem Alzheimerkranke, mögen vor allem süße, „gabelweiche“ Speisen (Cullen, P. et al. 1997). Es wird angenommen, dass die Süßempfindung bis ins hohe Alter besonders gut erhalten bleibt (kompensatorische Bevorzugung süßer Speisen) (Klimek et al. 2000) und mit zunehmendem Schweregrad der Demenz die „primitiven“ Verhaltensmuster, u. a. Schutz gegen potenziell giftige Substanzen, die grundsätzlich bitter schmecken, dominieren (die Geschmacksrezeptoren für bittere Stimuli sind besonders fein differenziert) (Brown 2001; Caicedo & Roper 2001). Auch kleine, feste Bestandteile der Gerichte (z. B. Mandelsplitter u. Ä.) erzeugen intuitive Ablehnung (Angst vor Verletzung?). Der Appetit wird durch Störungen des Geruchssinns beeinträchtigt. Etwa 75 % aller über 80-Jährigen leiden unter klinisch relevanten Riechstörungen (Klimek et al. 2000), wobei Alzheimerkranke besonders oft betroffen sind (Serby et al. 1991). Schmeckstörungen werden durch fehlende Mundhygiene und schlechten Zahnstatus verstärkt. Mikrobielle Zersetzungsprodukte beeinträchtigen die Funktion der Geschmacksrezeptoren. Auch die bei einer schweren Demenz sehr häufige Zahnlosigkeit und Schluckstörungen erschweren die Einnahme üblicher Speisen in ausreichenden Mengen. In Verbindung mit einer Unfähigkeit, Handlungsabläufe zu entwerfen (ideatorische Apraxie) und dem Nichterkennen von Objekten, führen diese Beeinträchtigungen zu einer erheblichen Einschränkung selbstständiger Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Andauernde Mangelernährung führt zu einer Umstellung auf eine Stoffwechsellage, bei der der Körper seine eigenen Reserven aufzehrt. Die Betroffenen leiden nicht unter einem Hungergefühl oder Verstimmung. Sie fühlen sich eher körperlich und psychisch wohl. Bei fehlender Einsicht in die (tödlichen) Konsequenzen des Hungerns lehnen sie die Nahrungsaufnahme ab, besonders dann, wenn die Speisen nicht schmecken, falsche Konsistenz haben und nicht demenzgerecht zugereicht werden. Das Verhalten der Kranken wird oft als Todeswunsch interpretiert und akzeptiert, obwohl inzwischen nachgewiesen werden konnte, dass durch sachkundige Betreuung, Ergänzung der Mahlzeiten durch hochkalorische Zusatznahrung (u. U. auch entsprechende medikamentöse Behandlung der Antriebsstörung) und evtl. eine vorübergehende Versorgung mit einer PEG-Sonde, das Gewicht und die Stimmung der Betroffenen schnell normalisiert werden können.

3.6.6.3 Verhaltensstörungen (sekundäre Demenzsymptome)

Jede Demenzerkrankung beeinträchtigt nicht nur die kognitiven Funktionen der Betroffenen, sondern führt auch zu multiplen Störungen der Wahrnehmung, des Affektes, des Antriebs und der Persönlichkeit. Eine heterogene Mischung aus psychischen Reaktionen, psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten der Menschen mit Demenz wird als sekundäre Demenzsymptome oder Verhaltensstörungen bei Demenz bezeichnet (Finkel & Burns 2000).

Übersicht 3-5

Häufige Verhaltensstörungen bei Demenz

Psychotische Phänomene	Wahnbildungen, illusionäre Verkennungen
Affektive Störungen	Depressivität, Angst, emotionale Labilität, Aggressivität, Enthemmung
Antriebsstörungen	Psychomotorische Unruhe, Apathie, Aspontaneität
Persönlichkeitsveränderungen	Hypotypischer, hypertypischer oder heterotypischer Persönlichkeitswandel

Quelle: Kurz 1998.

Bei Alzheimerkranken werden Verhaltensstörungen bereits im frühen Krankheitsstadium beobachtet (Mega et al. 1996). Unruhe ist das häufigste und zeitlich stabilste Symptom, gefolgt von Wahnphänomenen, Angst, Depression und Halluzinationen. Depressionen sind eher vorübergehend, flüchtig (Devanand et al. 1997).

Eine realistische Beurteilung der aktuellen Situation, sinnvolle Planung und gezieltes Handeln werden durch zufällige Impulse, momentane Stimmung und falsche Interpretation des Geschehens gestört. Das Verhalten der Kranken weicht zunehmend von den sozial akzeptierten Normen ab und kann für die Betreuenden zu einer unerträglichen Belastung werden. Die Ursachen der Störungen lassen sich besonders in späteren Stadien der Demenz schwer bestimmen und diagnostisch zuordnen, was oft zu einer falschen und unwirksamen Therapie, überwiegend mit Medikamenten führt, den Kranken erheblich belastet (Hirsch, R. 2000) und die Betreuenden frustriert. Die „therapieresistenten“ Verhaltensstörungen sind der häufigste Grund für den Abbruch ambulanter Betreuung und eine Verlegung ins Pflegeheim (Balestreri et al. 2000). Die Störungen werden in der neuen Umgebung meistens noch verstärkt, was zu einer weiteren Erhöhung der Medikamentendosis mit entsprechenden Nachteilen für den Kranken führt (Wilhelm-Gößling 1998). Dabei lassen sich die meisten Verhaltensstörungen durch entsprechende Gestaltung der Umgebung und des Umgangs mit dem Demenzkranken ohne oder mit geringen Dosen von Psychopharmaka gut behandeln.

3.6.6.4 Erhöhte Unfallgefährdung

Gedächtnisstörungen, Unfähigkeit zur Planung von Handlungsabläufen und damit verbundene zunehmende Fragmentierung der Aktivitäten (Ghali et al. 1995) sowie häufige Verkennung von Situationen und z. T. erhebliche Beeinträchtigung der räumlichen Wahrnehmung, des Geruchssinns und der Gangsicherheit (Cullen, J. S. et al. 1996) und Störungen der aufrechten Körperhaltung (Passant et al. 1997) führen zu Fehlhandlungen und einer erhöhten Unfallgefährdung der Kranken.

In der Literatur fehlen Angaben über Art und Häufigkeit der Unfälle demenzkranker Menschen in der Häuslichkeit und in Pflegeeinrichtungen. Gut untersucht sind dagegen Stürze, ihre Ursachen und Folgen für die Betroffenen (z. B. Masdeu et al. 1997). Die Verletzungen nach Stürzen stehen an der sechsten Stelle der Todesursachen bei über 65-jährigen Menschen (Tinetti, M.E. & Speechley 1989). Ca. 50 % der Demenzkranken stürzen mindestens einmal jährlich (Lowery et al. 2000) und ziehen sich dabei z. T. schwere Verletzungen zu, vor allem Schenkelhalsfrakturen. Die Demenzkranken brauchen nach solchen Frakturen signifikant längere Behandlung (Holmes 1996) und haben eine 2,5 mal höhere Mortalität als eine psychisch unauffällige Vergleichsgruppe (Nightingale, S. et al. 2001). Neben ungünstigen Umgebungsbedingungen (verantwortlich für ca. 10 % der Stürze) (Lowery et al. 2000) und krankheitsbedingten Gangstörungen (Waite et al. 2000) erhöht die Behandlung (vor allem der psychomotorischen Unruhe) mit Neuroleptika oder Benzodiazepinen erheblich die Sturzgefahr (Cooper, J. W. 1994).

Die zweite wichtige und gut untersuchte Unfallgefährdung betrifft demenzkranke Autofahrer. Die Autounfälle sind nach Stürzen die zweitwichtigste Ursache für Verletzungen bei über 75-jährigen Menschen und wichtigste Quelle der Verletzungen mit tödlichen Folgen (Reuben et al. 1988). Die Häufigkeit der Autounfälle ist bei den Demenzkranken vergleichbar mit der Gruppe der unter 26-Jährigen, jedoch doppelt so hoch, wie bei psychisch unauffälligen gleichaltrigen Autofahrern (Carr 1997). Besonders gefährdet sind Demenzkranke, die ohne Begleitung fahren (Bedard et al. 1998). Ca. 50 % der Kranken geben während der ersten drei Jahre nach dem Auftreten der Krankheitssymptome das Autofahren auf (Carr 1997). Die Häufigkeit der Unfälle steigt mit der Dauer der Erkrankung. Die Männer sind überproportional oft beteiligt (Wallace 1997).

3.6.6.5 Erhöhtes Risiko, Opfer krimineller Taten zu werden

Obwohl die Wahrscheinlichkeit, Opfer krimineller Handlungen zu werden, für alte Menschen nicht höher ist als für die Durchschnittsbevölkerung (Van Dijk et al. 1991), erleben bis zu 40 % der gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten häufiger Einbrüche, Überfälle, werden betrogen oder geschlagen (Baldwin 1991). Nur Wenige leiden danach unter posttraumatischen Belastungsstörungen (Simpson et al. 1996).

Die Problematik der Gewalt in der ambulanten und stationären Pflege wird an anderer Stelle diskutiert (siehe Kapitel 3.4.5 und 4.6).

Kriminelle Delikte werden von den Demenzkranken sehr selten begangen. Meistens handelt es sich um kleine Diebstähle oder Vergehen im Straßenverkehr. Zu den ernsteren Straftaten der Demenzkranken gehören tätliche Angriffe mit Verletzungsfolge und Sexualstraftaten (Heinik et al. 1994). Delikte mit tödlichem Ausgang sind äußerst selten und beschränken sich fast ausschließlich auf die Folgen der Autounfälle (Dinniss 1999).

3.6.6.6 Begleiterkrankungen

Epileptische Anfälle sind bei Menschen mit zerebrovaskulären Erkrankungen (d. h. auch vaskulären Demenzen) häufig. Nach Literaturangaben leiden bis zu 43 % älterer Menschen nach einem Schlaganfall unter Krampfanfällen (Stephen & Brodie 2000). Die Häufigkeit epileptischer Anfälle bei nicht vaskulären Demenzen steigt mit dem Schweregrad der Erkrankung und beträgt 9 bis 17 % (McAreavey et al. 1992), wobei Alzheimerkranke besonders gefährdet sind. Zu weiteren Risikofaktoren gehören Multimorbidität und Behandlung mit mehr als einem Medikament, sowie Verabreichung der Medikamente durch Spritzen (Franson et al. 1995).

Sehr häufig sind Störungen der Motorik. Im Vordergrund stehen Verlangsamung der Bewegungen und Ataxie, die bei Lewy-Body-Demenz besonders ausgeprägt sind (Waite et al. 2000) und zu starker Behinderung im Alltag führen. Die Beeinträchtigung der Mobilität steigt mit dem

Alter ebenso wie die Schwere und Progredienz der kognitiven Störungen an (Lopez et al. 1997).

Eine besondere Bewegungsstörung, die tardive Dyskinesie, wird bei ca. 31 % der Alzheimerkranken, die mit Neuroleptika behandelt werden, beobachtet (Jeste & Caligiuri 1993). Allerdings treten bei alten Menschen mit Demenz auch häufiger spontane (d. h. ohne Behandlung mit Neuroleptika in der Vorgeschichte) Mund- und Gesichtsbewegungen (orofaciale Dyskinesien) auf (Lieberman et al. 1984). O'Keane und Dinan (1991) fanden bei fast 80 % der schwer Demenzkranken ohne Behandlung mit Neuroleptika in der Vorgeschichte ausgeprägte Mundbewegungen. Abnorme Bewegungen der Arme wurden bei 39,7 %, der Beine bei 7,7 % der Kranken beobachtet. Die Schwere der Störung korrelierte mit dem Schweregrad der Demenz.

Das Schmerzempfinden Demenzkranker ist noch nicht ausreichend untersucht. Die üblichen Assessmentverfahren versagen bereits bei einer mittelgradigen Ausprägung der Demenzsymptomatik (Ferrell et al. 1995) und die indirekten Beurteilungskriterien (z. B. The Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type, Videoaufnahmen der mimischen Reaktionen usw.) erfassen nicht zuverlässig die Schmerzphänomene (Hooker et al. 1997). Die Reaktionen der Kranken auf äußere Schmerzreize scheinen leicht verzögert zu sein, sind aber weitgehend erhalten und erfüllen ihre Schutzfunktion vor Verletzungen und Verbrennungen. Ähnliche Phänomene wurden auch bei Patientinnen und Patienten mit Down-Syndrom beschrieben (Hennequin et al. 2000). Auf klinische Schmerzen (d. h. Schmerzen nach Verletzungen, bei entzündlichen Prozessen, Tumoren usw.) reagieren dagegen die meisten Kranken (mit einer mittelschweren bis schweren Demenz) nicht oder mit einer Verstimmung (Wojnar & Bruder 1995). Viele schwere Erkrankungen werden deshalb übersehen und nicht behandelt. Eine adäquate Versorgung der Verletzungen (z. B. Gipsverband) oder Behandlung im Krankenhaus werden durch die Kranken, die keinen Leidensdruck empfinden, abgelehnt.

3.6.6.7 Medizinische Unterversorgung

Die Frequenz der jährlichen Konsultationen bei Hausärztinnen und Hausärzten verringert sich von 15 bei Patientinnen und Patienten mit einer leichten Demenz auf eine Konsultation bei schwer Demenzkranken. Bei den Nervenärzten sind es entsprechend 14 und neun Konsultationen (Hallauer et al. 1999), wobei nur ein geringer Anteil (7 %) der Kranken zur vollständigen Weiterbehandlung an die Nervenärztinnen und Nervenärzte überwiesen wird. Wenn überwiesen wurde, dann meist (86 %) zur Diagnostik in eine Facharztpraxis; die weitere Betreuung Demenzkranker liegt danach ausschließlich in den Händen der Hausärztinnen bzw. Hausärzte (Riedel-Heller et al. 2000). Es besteht eine deutliche Konkurrenzsituation zwischen Hausärzten und Nervenärzten bei körperlich gesunden Demenzkranken (Wolter-Henseler 2000).

Die mit dem Fortschreiten der Demenz abnehmende Konsultationsfrequenz entspricht mit Sicherheit nicht dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Kranken. Mit zunehmendem Alter werden somatische Erkrankungen häufiger, die Betroffenen zeigen jedoch keine Krankheitseinsicht, klagen nicht über Beeinträchtigung des Wohlbefindens oder Schmerzen und weigern sich zum Arzt zu gehen (Riedel-Heller et al. 2000). Klinische Untersuchungen werden von ihnen abgelehnt und die Behandlung beschränkt sich zunehmend auf die Verschreibung von Sedativa und Neuroleptika. Patientinnen und Patienten mit einer schweren Demenz werden in über 50 % der Fälle mit Psychopharmaka behandelt (Hallauer et al. 1999).

Noch schlechter ist die Versorgung der demenzkranken Heimbewohner. Nur knapp die Hälfte (42,2 %) der psychisch kranken Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen einer Großstadt und weniger als 25 % in ländlichen Regionen befinden sich in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung (Wolter-Henseler 2000, Steinkamp et al. 1993). Diese mangelhafte Versorgung führt zu einem unvertretbar hohem Einsatz von Neuroleptika, die zudem ohne eine ausreichende diagnostische Abklärung und als Dauermedikation verordnet werden (Wilhelm-Gößling 1998).

Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert (Hirsch, R. D. et al. 1992) und oft vorzeitig und unbehandelt entlassen. Zum Standard einer guten Krankenhausbehandlung Demenzkranker muss deshalb die Möglichkeit einer ständigen Begleitung der Patientinnen und Patienten durch ihre pflegenden Angehörigen oder andere nahe Bezugspersonen gehören. Die intensiven sozialen Kontakte wirken auf die Kranken beruhigend und verhindern die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (Bowie & Mountain 1997).

3.6.7 Leben mit Demenz

3.6.7.1 Die Welt der Demenzkranken

Erkenntnisse über Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzkranken sind notwendig, um die Betroffenen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme adäquat unterstützen zu können. In der Fachliteratur finden sich nur wenige Arbeiten zu diesen Themen. Das Ergründen der inneren Welt eines kognitiv stark beeinträchtigten Menschen ist schwierig und stützt sich überwiegend auf langwierige Beobachtungen seines Verhaltens, Interpretationen seiner Äußerungen und die experimentelle Verifizierung der möglichen Erklärungen/Hypothesen. Lediglich für die beginnende Demenz und ihre frühen Stadien gibt es fundierte Erkenntnisse. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung werden die Annahmen immer spekulativer. Sie sind aber für die Betreuenden eine wichtige Hilfe und Anregung zum kreativen Umgang mit dem Demenzkranken.

Im Anfangsstadium der Demenzerkrankung beschleichen die Erkrankten Angst und Verzweiflung, wenn sie

– Defizite und Veränderungen bei sich feststellen,

– Situationen erleben, aus denen sie alleine keinen Ausweg mehr finden,

– vergeblich hoffen, dass Ereignisse oder die Umgebung sich wieder einordnen lassen und verständlicher werden und

– sich „wie in einem dunklen Tunnel“ erleben (Wetherell et al. 1999).

Beginnende Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Fehlbeurteilungen von Situationen u. a. erleben die Betroffenen meist sehr bewusst. Dies löst Ängste und Verunsicherungen aus (Hirsch, R. D. 1994). Insbesondere das Reagieren auf neue, unbekannte Situationen, das Erlernen neuen Wissens oder der Erwerb neuer Strategien – als selbstverständlich wahrgenommene lebenslange Prozesse der menschlichen Existenz – werden den Betroffenen immer weniger möglich (Wahl, H. W. 1998).

Die zunehmenden Störungen der Gedächtnisleistungen und der intellektuellen Funktionen sind den Betroffenen im Anfangsstadium der Erkrankung bewusst (Verhey et al. 1993), die meisten von ihnen können aber die Schwere der Beeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf das tägliche Leben nicht richtig beurteilen (Derouesne et al. 1999). Sie versuchen ihre Defizite vor der Umgebung zu verbergen, entwickeln Kompensationsmechanismen und reagieren überwiegend gereizt auf alle Hinweise auf eigenes Versagen. Ein Teil der Kranken entwickelt depressive Symptome als Reaktion auf die Störungen (Harwood et al. 2000), typischer ist jedoch eine Angstsymptomatik (Verhey et al. 1993). Selbstmordgedanken als Reaktion auf kognitive Defizite sind sehr selten und fast nur bei Kranken mit einer Demenz vom Mischtyp zu erwarten (Rao et al. 1997). Suizidhandlungen werden überwiegend von Kranken mit einer leichten Demenz (Andres et al. 2000), Krankheitseinsicht und einem höheren Bildungsniveau als Reaktion auf fehlende Wirkung der verordneten Antidementiva (Ferris et al. 1999), oder in Folge eines massiven und für die unmittelbare Umgebung offensichtlichen Versagens begangen (Wojnar & Bruder 1993).

Schon im Anfangsstadium einer Alzheimerkrankheit ist die Fähigkeit zu einer richtigen Einschätzung sozialer Zusammenhänge, zu moralischen Urteilen und schwierigen Entscheidungen stark beeinträchtigt (Torralava et al. 2000). Die Betroffenen versuchen ihre Defizite auszugleichen, z. B. durch die Einschränkung des Bewegungsradius auf die vertraute Umgebung, Vermeidung der Reizüberflutung (Rückzug in eigene Wohnung, seltene Außenkontakte u. Ä.). Vertraute und täglich gleichem Handlungsmuster entsprechende Aktivitäten bleiben relativ lange erhalten (Johnson, D. L. & Smith 1998) und ermöglichen dem Kranken selbstständige Lebensführung. Bereits für diese Kranken kann das Leben in einer Wohngruppe zu einer Besserung des Wohlbefindens beitragen (Wimo et al. 1995). Neben einem eigenen Zimmer (Appartement) und der Möglichkeit zur individuellen Tagesstrukturierung vermittelt ein fester Rahmen der Gruppe mit anregenden Aktivitäten, Förderung der erhaltenen Fähigkeiten und der Bewegung, sowie der stressfreien Hilfe bei der Versorgung das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit.

Bereits bei einer mittleren Ausprägung der Demenzsymptome nehmen die Kranken ihre Störungen nicht mehr wahr oder leugnen sie. Dabei handelt es sich nicht um eine fehlende Krankheitseinsicht oder intellektuelle Unfähigkeit zur richtigen Beurteilung eigenen Handelns (Derouesne et al. 1999), sondern wahrscheinlich um Auswirkungen einer veränderten Selbstwahrnehmung. Zwar sind auch die schwer Demenzkranken meistens im Stande, ihre Stimmung richtig zu beurteilen und einfache Angaben zur Lebensqualität zu machen (Mozley et al. 1999), überschätzen jedoch erheblich ihre Fähigkeiten und Handlungskompetenzen (Weinstein et al. 1994). Die meisten von ihnen halten sich für jung (ca. 20 bis 40 Jahre alt), leistungsfähig, berufstätig, gesund und selbstständig und verhalten sich entsprechend im Alltag. Die notwendigen pflegerischen Maßnahmen werden abgelehnt; Zwang und Bevormundung erzeugen psychomotorische Unruhe und Aggressivität. Das Verhalten wird immer stärker durch angeborene, weitgehend unveränderte „primitive“ Verhaltensmuster geprägt, die nicht mehr bewusst an die aktuelle Situation angepasst und modifiziert werden können (Harwood et al. 2000). Die Kranken reagieren spontan, befriedigen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die sozialen Normen und Empfindungen der betreuenden Personen. Gleichzeitig werden sie durch überfordernde Situationen und eine zunehmend fremd wirkende Umgebung verunsichert und suchen Geborgenheit, Schutz und Sicherheit (Miesen 1993). In diesem Stadium der Erkrankung bietet die Gruppe den geeigneten Betreuungsrahmen. Die ständige Anwesenheit anderer Menschen vermittelt nicht nur das Gefühl der Sicherheit, sondern wirkt auch anregend und induziert entsprechendes Verhalten, wie das Teilen mit Bedürftigen, Nachahmen der Leitperson usw. (Wilson, D. S. 1997). Im mittleren Krankheitsstadium spüren die Kranken zunehmend, dass ihr Leben ihnen aus der Hand gleitet und dass sie diesem Prozess nichts mehr entgegensetzen können. Sie erleben permanent ihre Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen, immer einfachere Tätigkeiten werden zum Problem. Einkaufen, Benutzen von Verkehrsmitteln, das Zubereiten von Mahlzeiten, die Auswahl und Pflege der Kleidung, die eigene Körperpflege, die alltägliche Planung oder gar Gestaltung des Ablaufes eines normalen Tages stellen im mittleren Krankheitsstadium Herausforderungen dar, denen die Erkrankten aufgrund des Demenzprozesses nicht mehr gewachsen sind. Sie fühlen sich offensichtlich nicht mehr bei sich selbst zu Hause und ziehen sich zunehmend zurück, sind auf der Suche nach Identität, Vertrautheit und nach Menschen, die ihnen helfen und sie verstehen. Mit fortschreitender Abnahme kognitiver Leistungen wird die Fähigkeit der Kranken, ihre Situation zu beeinflussen, erheblich eingeschränkt und somit die Nähe anderer Menschen, die für sie eine Art Orientierungspunkt und Anker im Chaos (das die Kranken in sich und in ihrer Umgebung erleben) darstellen, eminent wichtig.

Diese erlebte Hilflosigkeit, dieses empfundene Fremd-Sein in der bis dahin vertrauten Welt und das von den Betroffenen permanent erlebte Unverständnis der ihnen begegnenden Umwelt wird für sie zu einer erheblichen Belastung, kann Panik oder depressive Symptome auslösen. Die Kranken geraten in einen Teufelskreis: Zunehmende Hirnleistungsschwäche verstärkt die zeitliche, örtliche und situative Desorientierung, erzeugt dadurch emotionale Unsicherheit, was zum Misslingen der Bewältigungsversuche führt und die Hirnleistungsschwäche verstärkt. Die Betroffenen fühlen sich in ihrer Existenz erschüttert, vom Verlust ihrer Identität bedroht. Die fehlende innere Sicherheit und der Mangel an Geborgenheit in der fremd erscheinenden Welt beeinträchtigen stark das Selbstvertrauen und erzeugen psychische Spannungen. Die Umgebung wird immer öfter als fremd erfahren. Die Zahl „unbekannter“ Menschen steigt, die bekannten, vertrauten Personen werden dagegen immer seltener. In späten Krankheitsstadien werden häufig auch vertraute Familienangehörige nicht mehr erkannt.

Die verlorene Fähigkeit, Vorhaben und Pläne im Langzeitgedächtnis zu speichern, führt auch dazu, dass die Zukunft ihre Struktur verliert (Buijssen, H. 1997). Ebenso lässt die Konzentrationsfähigkeit in der mittleren Krankheitsphase stark nach, alltägliche Handlungen werden nicht zu Ende geführt. So bricht eine Erkrankte ihre Körperwäsche nach dem Waschen der Hände ab, um die Kacheln zu putzen. Die für das mittlere Krankheitsstadium typische körperliche Unruhe kann ihre Ursachen im beschriebenen Verlust der inneren Sicherheit, der eigenen Identität sowie des zunehmenden Fremdheitsgefühls haben. Gerade zum Ende der mittleren Krankheitsphase und im letzten Krankheitsstadium, in dem viele Demenzkranke in stationären Einrichtungen der Altenhilfe leben, ist Verständnis für das innerpsychische Befinden der Erkrankten von eminent hoher Bedeutung.

Im mittleren und letzten Krankheitsstadium haben Demenzkranke oft große psychische Probleme durch Inkontinenz. Den Harndrang nicht zu spüren oder nicht zu wissen, wie man die Toilette findet, sich entkleidet oder wieder ankleidet, bereiten Angst und Scham. Ebenso zu wissen, dass man Urin verliert, und anzunehmen, dass die eigene Kleidung oder das Bett beschmutzt ist, oder nicht zu wissen oder zu begreifen, dass man schützende Inkontinenzhilfen trägt oder tragen muss. Vor allem im letzten Krankheitsstadium verringern sich die verbalen Kommunikationsfähigkeiten. So verwenden Erkrankte im mittleren, fortgeschrittenen Krankheitsverlauf häufig Floskeln oder sprachliche „Allgemeinplätze“, um z. B. ihre Unfähigkeit, auf konkrete Fragen zu antworten, zu überspielen. Trotz dieser Beeinträchtigungen verblüffen auch Demenzkranke in vorangeschrittenen Krankheitsstadien manches Mal ihre Umgebung durch Reaktionen oder Äußerungen, die in der jeweiligen Situation bemerkenswert treffend erscheinen und die oftmals in einem auffallenden Gegensatz zu ansonsten gezeigten, von vielen Defiziten geprägten Handlungsmöglichkeiten, stehen.

Auch bei einer schweren Demenz verfügen die Kranken noch über eine Reihe von Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere im emotionalen Bereich, die Außenstehende leicht übersehen. Dies kann sich äußern z. B. durch Blickwendungen, emotionale Ausbrüche, Singen von Volksliedern, aber auch bei lebenslang durchgeführten Alltagstätigkeiten, wie z. B. Tischdecken, Benutzen einer Tasse oder Geschirr abtrocknen. „Sind auch kognitive Fähigkeiten fast erloschen, so bleibt bis zum Ende eine hohe Bereitschaft, auf Außenreize zu reagieren. Sind auch die Antworten von Demenzkranken für ihre Mitmenschen häufig missverständlich, nur erfühlbar und werden deshalb fehlinterpretiert, so bleibt vermutlich die emotionale Kontaktfähigkeit bis zum Tod erhalten.“ (Hirsch, R. D. 1994: 91)

Defizite bei dem Abruf von Fähigkeiten und Verlust von Alltagskompetenzen führen oftmals dazu, dass die Betroffenen instinktiv und nicht adäquat reagieren (Becker, J. 1999). Manche Erkrankte versuchen die Fassade aufrecht zu erhalten, indem sie z. B. Familienmitglieder oder andere Personen beschuldigen, sie bestohlen zu haben, wenn sie etwas Verlegtes nicht wiederfinden können. Mit dieser Strategie vermeiden sie das Eingeständnis der eigenen Vergesslichkeit. Krankheitsbedingt ist ihnen aber auch das immer weniger möglich (Brandenberg & Fahnenstich 2000). Insbesondere die ablehnenden Reaktionen der Demenzkranken im mittleren und auch im letzten Krankheitsstadium, die als Folge des irritierenden Selbsterlebens bzw. des für die Demenzkranken unverständlichen Verhaltens der Umwelt auftreten, können als Coping-Muster interpretiert werden. Auch das störende Verhalten wie Agitation, Wandern, mangelnde Kooperativität, Lärmen, Schreien, Veränderungen der Nahrungsaufnahme, Schlafstörungen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, Affektlabilität, Weinerlichkeit etc. kann so interpretiert werden. Es kann aber auch durch Angst bei psychotischen Erlebnissen wie Wahn und Halluzinationen bedingt sein (Stoppe & Staedt 1999).

Gerade im mittleren und letzten Krankheitsstadium, in dem der Zugang zu den Inhalten des Langzeitgedächtnisses zunehmend beeinträchtigt wird, tauchen die Erinnerungen aus den wichtigsten und besonders erreignisreichen Lebensabschnitten wie Kindheit, Schulzeit, frühe Erwachsenenjahre auf und prägen das Bild der Kranken von sich selbst und ihrer Umwelt. Es wird leichter, in dieser vergangenen inneren Wirklichkeit zu agieren und ein intakteres Selbstwert- und Identitätsgefühl zu erhalten. Langeweile, Angst oder Einsamkeit, die Verletzungen der Intimsphäre, die Verluste von vertrauten Bezugspersonen oder Gewohnheiten oder das Gefühl der Nutzlosigkeit fördern zusätzlich den Rückzug in die Vergangenheit.

Mit zunehmender Entfremdung wächst die Bedeutung von Personen, die den Kranken Sicherheit und Empathie vermitteln, ihre Bedürfnisse verstehen (z. B. sich permanent rückversichern zu wollen, wann es denn Mittagessen usw. gäbe) und entsprechend den Fähigkeiten der Kranken adäquat reagieren. Dabei kann die Geduld ihrer Pflegepersonen übermäßig strapaziert werden, teilweise bis zur Überforderung.

Das Verhalten der Demenzkranken wird im letzten Stadium der Erkrankung für ihre (nichtinformierte) Umgebung immer unverständlicher. Sie handeln und reagieren in der Welt ihrer inneren Vorstellungen, einer Welt, die

sich von der Realität ihrer Angehörigen oder professioneller Pflegekräfte signifikant unterscheidet und rationalen Erklärungen entzieht. So können die Angst und die Scham, mit der das Thema Inkontinenz besetzt ist, manchmal zu geradezu grotesk wirkenden abwehrenden Verhaltensweisen führen. So antwortete eine Demenzkranke auf den ruhigen und sanften Hinweis, dass sie zur Toilette müsse, jemand habe ihr „böswilligerweise Kot in die Hose praktiziert“.

Zusammenfassend lassen sich häufig auftretende Bewältigungsstrategien der Demenzkranken in fünf Kategorien einteilen:

– Bagatellisieren
– Kompensation
– Fassadenverhalten
– Vermeidungsstrategien
– Projektionen auf die Umwelt.

„Dies ist das eigentliche Thema, um das es in der Demenz geht: Ein oft verzweifeltes Ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit. Dabei kann man nicht deutlich genug betonen: Demenz allein muss für die Menschen kein furchtbares Unglück sein, wenn Milieu und Beziehung stimmen und sich entsprechend dem Menschen anpassen (der dies selbst nicht mehr kann). Es gibt genügend Beispiele von Menschen, die der Demenz zum Trotz relativ glücklich gelebt haben.“ (Müller-Hergl 2000: 249)

3.6.7.2 Lebensqualität Demenzkranker

Die Frage, ob das Leben mit Demenz nur als Leiden oder unter bestimmten Bedingungen als eine andere, lebenswerte Form der menschlichen Existenz aufgefasst werden kann, ist für den Umgang mit dieser Erkrankung von grundsätzlicher Bedeutung. Sieht man in den schwer Demenzkranken nur noch „vegetierende Körper“, so erscheint den Angehörigen die Mühsal der Pflege nur noch als eine sinnlose Verlängerung des Leidens und der Gesellschaft die Investitionen in neue Formen der Betreuung überflüssig. Die Bereitschaft zur Erwägung der aktiven Sterbehilfe als Erlösung für diese Patientengruppe, wie in den Niederlanden bereits geschehen, läge dann nahe (s. auch Mack & Whitehouse 2001).

Die Beurteilung der Lebensqualität wird immer dann besonders negativ ausfallen, wenn sie bei Demenzkranken mit gleichen Maßstäben wie bei gesunden Hochaltrigen erfasst wird oder der Kranke mit seinem Bild aus gesunden Zeiten verglichen wird. Wegen der besonderen Auswirkungen der Demenz auf Wahrnehmung, Erleben, Verhalten, Sprache und andere höhere Funktionen der erkrankten Menschen sind jedoch spezifische Erfassungsinstrumente erforderlich, die neben subjektiven Komponenten der Lebensqualität, in hohem Maße auch die objektiven Merkmale und beobachtetes Verhalten berücksichtigen (Lawton 1997). Bereits bei der Erfassung der Lebensqualität der Demenzkranken mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und Krebskranken werden erhebliche Unterschiede deutlich (Struttmann et al. 1999). Die Demenzkranken klagen über eingeschränkte Mobilität, fehlende Unterstützung seitens der Freunde und über Einsamkeit, machen sich Sorgen über ihre aktuelle Situation und die Zukunft, sind aber mit der medikamentösen Versorgung zufrieden. Die Krebskranken dagegen sind mit ihrem täglichen Leben zufrieden, sind mobil und halten soziale Unterstützung für ausreichend, klagen jedoch über mangelhafte medizinische Versorgung und vor allem über starke Schmerzen.

Die Erfassung subjektiver Aspekte der Lebensqualität ist noch bei mittelschwerer Demenz möglich (Mozley et al. 1999). Die ausgeprägten Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Sprache und Aufmerksamkeit sind typisch für die „auskunftsunfähigen“ Demenzkranken. Die speziellen Aspekte der subjektiven Lebensqualität werden im Kapitel 3.1 besprochen.

Angaben der Betreuenden, Beobachtung des Verhaltens, der Reaktionen und affektiver Äußerungen ermöglichen die Beurteilung der

– sozialen Interaktionen,
– Selbstwahrnehmung,
– Zufriedenheit mit Aktivitäten,
– Gefühle und Stimmung und
– Reaktionen auf die Umgebung (Rabins & Kasper 1997).

Die Ergebnisse werden stark durch die Emotionen, Erwartungen und Wahrnehmung der Untersuchenden beeinflusst und lassen viel Raum für Missbrauch und Missinterpretationen. Die Bereiche „Selbstwahrnehmung, Zufriedenheit mit Aktivitäten und Gefühle und Stimmung“ lassen sich besonders schwer objektivieren.

Volicer et al. (1999) haben zur Beurteilung des Wohlbefindens schwer Demenzkranker drei Dimensionen eingeführt : „Engagement – Apathie“, „Glücklich – Traurig“ und „Ruhig – Agitiert“. Diese Dimensionen bilden recht zuverlässig den psychoemotionalen Zustand der Kranken ab. Die Demenzkranken unterscheiden sich von den Gesunden u. a. durch die Unfähigkeit, das eigene Wohlbefinden durch entsprechende Aktivitäten zu beeinflussen. Der Gesichtsausdruck des Demenzkranken spiegelt direkt die Empfindungen und Emotionen unverfälscht durch kulturelle Normen (Mace 1989) wider, die Unruhe und Agitiertheit sind Reaktionen auf eine unangenehme soziale oder materielle Umgebung, auf Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Störungen körperlicher Funktionen (Volicer, Ladislav et al. 1998).

Um alle Aspekte der Lebensqualität Demenzkranker zu erfassen, ist nach Lawton (1997) die Beurteilung der Qualität des Zeitvertreibs, des sozialen Engagements, des Wohlbefindens, des direkt beobachteten Verhaltens, des affektiven Status und der direkt beobachteten Qualität der Umgebung notwendig.

3.6.7.3 Materielle und soziale Umgebung für Demenzkranke

Bereits vor 20 Jahren wies Lawton (1981) auf die Zusammenhänge zwischen der Handlungskompetenz eines

Menschen und dem Einfluss seiner Umgebung hin. Während die Umgebung das „Funktionieren“ Gesunder nur geringfügig beeinflusst, spielt sie für einen schwer Demenzkranken eine entscheidende Rolle. Die Kranken verlieren die Fähigkeit, Signale des Körpers (Hunger, Durst, Sättigungsgefühl, volle Blase, Überwärmung, Schmerz usw.) wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Sie verstehen die Zusammenhänge zwischen den äußeren Einflussfaktoren und physiologischen sowie psychischen Reaktionen nicht (z. B. Dunkelheit und Angst, Gestank und Aggressivität, Hitze und Müdigkeit usw.) und werden leicht überfordert bzw. gefährden sich durch Fehlhandlungen. Zum Überleben brauchen sie eine „prothetische“ materielle und soziale Umgebung, die sich den Fähigkeiten und Defiziten der Kranken anpasst, sie fördert, ohne zu überfordern und ihnen ein weitgehend stressfreies Leben mit viel Bewegungsfreiheit sowie – aus der Sicht des Betroffenen – sinnvolle Aktivitäten ermöglicht. Dies trägt so zum Wohlbefinden Demenzkranker bei.

Eine optimale materielle Umgebung soll (z. B. Lawton et al. 1997):

– übersichtlich sein (d. h. die Raumgröße muss der Zahl der Menschen angepasst sein, um das Gefühl von einem schützenden Rahmen zu vermitteln und das Chaos eines Gedränges zu vermeiden),

– Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen, maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten (durch entsprechende Gestaltung und Ausstattung der Räume, freie Zugänge zu allen Räumen, dem Garten oder der Terrasse, Vermeidung von mechanischen oder visuellen Hindernissen usw.),

– Sicherheit und Geborgenheit (das Gefühl „bei sich“, „zu Hause zu sein“) vermitteln (der Kranke darf alle Räume betreten, das gesamte Mobiliar benutzen und alle gefundenen Kleidungsstücke und Gegenstände gebrauchen; sie sollen das Gefühl haben, nicht alleine gelassen zu werden),

– stimulierend wirken (z. B. durch eine Abgrenzung der Tages- und Therapieräume von den Fluren durch Glaswände oder sehr breite Türen, durch angenehme Düfte, anregende „Geräuschkulisse“, unterschiedliche Beschaffenheit der Tastflächen usw.),

– Kontinuität, Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang herstellen (keinen Krankenhaus- oder Institutionscharakter haben) und durch individuelles Mobiliar eine warme, häusliche oder „Pensions-ähnliche“ Atmosphäre ausstrahlen,

– physikalische Umweltfaktoren, wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche und Geräuschkulisse den Kranken anpassen (diffuses, schattenfreies Licht von mind. 500 Lux in Augenhöhe, „warme“ Lichtqualität und möglichst gleichmäßige Lichtstärke in allen Räumen, Temperatur zwischen 21 und 23°C, zeitweise entsprechend ausgesuchte Hintergrundmusik, keine chaotischen, schwer lokalisierbaren Geräusche usw.),

– Orientierung unterstützen (z. B. Gegenstände wie Armaturen, Spiegel usw. sollen dort angebracht werden, wo man sie erwartet – „was mechanisch plausibel ist, ist leichter benutzbar“ – und den Gewohnheiten der alten Menschen entsprechen),

– soziale Interaktionen und Besuche der Angehörigen fördern (durch stadtteilnahe Lage, attraktive Gestaltung der Gästeräume, Gästezimmer für angereiste Besucher, freien Zugang zur Küche usw.),

– Erfahrungen mit Tieren ermöglichen (z. B. Voliere in einem großen Raum, Hundebesuche usw.) und

– Rückzugsmöglichkeiten bieten und über besondere „Ruheräume“ für sehr unruhige, akut „störende“ Demenzkranke verfügen.

Viele Erfahrungsberichte, aber nur wenige empirische Studien liegen zur Bedeutung der architektonischen Gestaltung von Einrichtungen für Demenzkranke vor. Einige grundsätzliche Erwägungen bedürfen nicht zwangsläufig empirischer Untersuchungen. Dazu gehören zum Beispiel Forderungen, die aus ethischer, moralischer Begründung oder aus Gründen der Menschenwürde erhoben werden, z. B. das Gewährleisten der Privatsphäre.

Die Außengestaltung der Einrichtungen sollte reichhaltig und abwechslungsreich sein. Schutz vor Überstimulation durch Geräusche oder Menschen muss gewährleistet sein. Es sollte Bewegungsmöglichkeiten ebenso wie Ausweichmöglichkeiten geben (Mooney & Nicell 1992). Ein freier Zugang zu Außenanlagen vermindert aggressives und agitiertes Verhalten (Namazi & Johnson 1992).

Zur innenarchitektonischen Gestaltung liegen mehrere Untersuchungen vor. Einige Arbeiten beschäftigten sich mit der besten Möglichkeit, Fluchttüren zu verbergen (Namazi et al. 1989; Namazi & Johnson 1992; Dickinson et al. 1995). Fluchttüren mit Stoffen unkenntlich zu machen, erwies sich als vorteilhaft, um Unruhe zu vermeiden. Streifen am Boden vor der Tür vermindern ebenso den Türkontakt (Hussian & Brown 1987), wirken aber nicht, wenn die Tür den Durchblick erlaubt (Chafetz 1990). Positiv wirkt sich auch der Einsatz von Spiegeln an der Tür aus (Mayer, R. & Darby 1991). Orientierungshilfen durch Zeichen, Farben oder Bilder helfen bis zu mittlerem Schweregrad der Demenz, sich in der Institution zurechtzufinden (Hanley 1981; Heeg 1991; Wächtler 1997; Wojnar 1997).

Das Verhalten wird durch verstärkte Lichtzufuhr (Lichttherapie) positiv beeinflusst (Mishima et al. 1994, Lovell et al. 1995, Van Someren et al. 1997). Das Verhalten während des Essens verbesserte sich, wenn es in privater Atmosphäre stattfand (Melin & Götestam 1981). Ebenso bewirkte eine qualitativ bessere Einrichtung der Institution geringere Agitation, verminderte zielloses Umherlaufen (Sloane et al. 1998) und die Sturzhäufigkeit (Scandura 1995). Rigide und formelle Abläufe von Institutionen unterminierten die therapeutischen Möglichkeiten (Moore 1999), wie dies übrigens auch bei nichtdementen Personen selbstverständlich der Fall ist. Neben den Einflüssen auf die Bewohnerinnen und Bewohner wirken sich diese umgebungsbezogenen Variablen auch

auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Qualität der Arbeit der Beschäftigten in den Einrichtungen aus (Lyman 1989; Annerstedt et al. 1993).

Fundierte Erkenntnisse über den Einfluss der materiellen Umgebung auf das Verhalten und die Lebensqualität der Demenzkranken fehlen noch. Meistens handelt es sich um Beobachtungen und Erfahrungen oder sehr kleine Studien ohne repräsentativen Charakter. Simard (1999) empfiehlt aufgrund eigener Beobachtungen und Erfahrungen von Brawley (1997) eine möglichst häusliche Umgebung mit Wohnküche, Speiseräumen mit angrenzenden „Salons“, die mit privatem Mobiliar ausgestattet werden sollen. Eine solche Umgebung dämpft psychomotorische Unruhe und hilft das soziale Verhalten, Selbstständigkeit und Aktivitäten zu fördern. Die Angehörigen kommen häufiger zu Besuch, verbleiben länger in der Einrichtung, bringen Kinder mit (Bedeutung einer „Kinderecke“ mit Spielzeug für kleine Besucher) und fühlen sich insgesamt entlastet. Ähnliche Erfahrungen beschreibt auch Clemmer (1993). Elmstahl et al. (1997) haben das Verhalten der Demenzkranken in 18 architektonisch unterschiedlich gestalteten Wohngruppen untersucht. Lange Gänge fördern Vitalitätsmangel, Apraxie, Identitätsverlust und psychomotorische Unruhe. Günstiger wirken L- und H-förmige Einheiten mit einem zentralgelegenem „Multifunktionsraum“ (Küche, Speiseraum und Beschäftigungsraum als Einheit). Die Größe der Räume scheint eine untergeordnete Rolle zu spielen, obwohl in den Einrichtungen mit kleineren Gemeinschaftsräumen die Bewohnerinnen und Bewohner desorientierter und apathischer wirken. Diese Störungen lassen sich durch häusliche Gestaltung der Räume nicht beeinflussen. In den „Multifunktionsräumen“ finden etwa 60 % aller täglichen Aktivitäten statt (Van Haitsma et al. 1997). Bereits das Beobachten des Verhaltens anderer Menschen regt kognitive und affektive Beteiligung an.

Eine ansprechende materielle Umgebung wirkt auf Angehörige entlastend, hilft ihnen die Veränderungen der Kranken zu akzeptieren und deren Lebensqualität positiver einzuschätzen (Kutner et al. 1999).

Während die materielle Umgebung überwiegend einen äußeren Rahmen zur Befriedigung physiologischer Bedürfnisse bietet, ist die soziale Umwelt für eine gelingende Betreuung Demenzkranker entscheidend. Zu den ältesten Regungen des Menschen gehört die Angst, wobei das Gefühl, die Verbindung zur Gruppe bzw. zur Gemeinschaft zu verlieren, eine vitale Bedrohung darstellt. Viele Demenzkranke, die keine Gesichter und Räume mehr erkennen und die Sprache nicht mehr verstehen können, werden mit dieser Angst konfrontiert. Sie glauben, ausgestoßen oder verloren zu sein, und suchen verzweifelt Menschen, die ihnen bekannt vorkommen und Verständnis entgegenbringen. Die soziale Umgebung soll helfen, die Bedürfnisse der Kranken zu befriedigen nach:

– Sicherheit, z. B. das Gefühl der Geborgenheit, ständige Anwesenheit ruhiger, kompetenter Personen und eine zuverlässige Tages- und Lebensordnung,
– Liebe und Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. die Nähe wichtiger Bezugspersonen, körperliche Kontakte, Zärtlichkeit, soziale Kontakte mit Gesprächen und gemeinsamen Aktivitäten und
– Selbstwertgefühl und Selbstverwirklichung, z. B. Zufriedenheit mit sich selbst und mit eigenen Aufgaben und Leistungen.

Die demenzkranken Teilnehmer der Betreuungsgruppen, der Tagespflege oder Mitbewohner der stationären Pflegeeinrichtungen sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der sozialen Umgebung. Die selbstinitiierten sozialen Interaktionen zwischen den Kranken haben wichtige therapeutische Bedeutung und tragen wesentlich zu dem Wohlbefinden der Betroffenen bei (Kutner et al. 2000).

Die soziale Umgebung hat Einfluss auf die Mortalität Demenzkranker. Unterstützung durch Angehörige und Teilnahme an der Tagespflege korrelieren mit einer geringeren Mortalität der Betroffenen (Orrell et al. 2000).

Von der gesamten sozialen Umgebung der Kranken, d. h. Angehörigen, Freunden, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern, Ärzten und Pflegepersonal, wird ein therapeutischer Umgang mit den Betroffenen erwartet. Schwierigkeiten in der Betreuung, die für alle Beteiligten mit erheblichen Belastungen verbunden sind, entstehen oft durch Unkenntnis des Erlebens und der Handlungsmotive der Kranken. Jeder mittelschwer bis schwer Demenzkranke neigt (unabhängig von seiner Primärpersönlichkeit) bei Überforderung oder Angst zum auffälligen Verhalten (Swearer et al. 1996). Kontinuierliche Fortbildung, fachliche Begleitung und psychotherapeutische Unterstützung der Betreuenden wirken auf sie entlastend und führen zu einer stärkeren Dämpfung des störenden Verhaltens der Demenzkranken als eine Behandlung in der Tagesklinik (Dröes et al. 2000). Durch diese Maßnahmen wird auch die Anwendung von Psychopharmaka und von freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne Gefährdung der Betreuten erheblich reduziert (Ejaz et al. 1996). Es konnte gezeigt werden, dass die Vorstellung der Betreuenden von psychischen Störungen und Normen die Behandlung mit Psychopharmaka stärker beeinflusst als klinische Kriterien (Sorensen et al. 2001).

3.6.7.4 Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken

Auch eine optimale materielle und soziale Umgebung und therapeutischer Umgang scheinen den Verlauf der Demenzerkrankung nicht zu beeinflussen, erhöhen jedoch die Lebensqualität der Betroffenen (Lawton et al. 1998; Gonzales-Salvador et al. 2000) und tragen zu einer Senkung der Mortalität bei (Kopetz et al. 2000). Entscheidend ist nicht eine kurze Intervention zur Entlastung der Betreuenden, die keine anhaltende Wirkung zeigt (Adler, G. et al. 1993), sondern Schaffung eines therapeutischen, dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung angepassten Milieus.

Es soll eine möglichst normale und selbstständige Lebensführung trotz aller krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglicht werden. Im Vordergrund stehen alltägliche Aktivitäten, ein Leben in der Gemeinschaft.

Die Demenzkranken werden nicht „behandelt“ oder „gepflegt“, sondern aufmerksam/unauffällig begleitet, soweit nötig unterstützt und durch angepasste Beschäftigungsangebote aktiviert. Geduld, Ruhe, gute Beobachtungsgabe und Kreativität gehören zu den wichtigsten Eigenschaften der betreuenden Personen.

Eine möglichst stressfreie pflegerische Versorgung, gemeinsame Mahlzeiten, spontane soziale Kontakte und die Erhaltung der Mobilität bilden den Kern der Betreuungsaktivitäten. Besondere therapeutische Angebote, wie Validation, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, sensorische Anregung, Reminiszenztherapie, Musiktherapie, Selbsterhaltungstherapie, unterstützende Psychotherapie, Realitätsorientierung, Krafttraining und Spiele (Übersicht in Finnema et al. 2000), werden in den Ablauf alltäglicher Verrichtungen integriert oder entsprechend den momentanen Interessen und der Stimmung der einzelnen Kranken oder der Gemeinschaft wohldosiert, immer in Form einer offenen Gruppe, angewandt.

Die Integration dieser und vieler anderer Angebote in den pflegerischen Alltag hebt wesentlich die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, aber auch die Arbeitsqualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie eine bundesweite Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zeigt: Hier wurden in zweijähriger Recherchearbeit innovative Ideen unterschiedlichster Altenhilfe-Einrichtungen sowie Umsetzungsvorschläge der genannten therapeutischen Angebote zusammengetragen und bewertet (Maciejewski et al. 2001).

Die pflegerische Versorgung Demenzkranker wird erheblich durch die Abweichungen zwischen der Selbstwahrnehmung der Betroffenen und ihren tatsächlichen Fähigkeiten, sowie durch eine zunehmende Apraxie mit Unverständnis für die Absichten und Handlungen Anderer verbunden. Sprache als Informationsträger wirkt hier eher verwirrend, da bei den Kranken die Begriffe keine Vorstellungen von entsprechenden Tätigkeiten induzieren und sie oft am Ende eines Satzes vergessen, was am Anfang gesagt wurde. Sie brauchen eine bildhafte Darstellung der Tätigkeit, durch Körpersprache oder Beobachtung, und Hilfe in Form eines „Nachahmungsmodells“. Gespräche dienen weniger der Informationsübermittlung, sondern stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl. Wichtiger als der Inhalt sind die Art, die Gefühlsbetonung und die begleitende Körpersprache sowie die Fähigkeit dem Kranken zu signalisieren, dass er verstanden wurde. Es kommt auch darauf an, für den Demenzkranken verständlich zu sein. Besonders hilfreich für den Umgang mit Demenzkranken sind genaue Kenntnisse seiner Lebensgeschichte. Sie helfen auch, die durch Demenzsymptome zugeschüttete Persönlichkeit des Kranken, seine Identität zu erkennen und ihn als ein Individuum zu behandeln (Romero & Eder 1992). Einfühlsame Sprache verbunden mit körperlichem Kontakt und Bewegung hilft auch im Umgang mit ausgeprägten Verhaltensstörungen (Burgio et al. 2000; Tappen et al. 2000).

Die Demenzkranken unter sich sind eher imstande, „normale“, entspannte Gespräche zu führen, weil sie der Melodie der Sprache und dem Klang der Worte folgen, zu Klangassoziationen neigen, instinktiv ähnlich antworten und sich während des Gesprächs richtig verhalten.

Das Lächeln und Lachen spielen für den Gruppenzusammenhalt eine besondere Rolle. Sie haben entspannende, entwaffnende Funktion, erzeugen das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit (Eibl-Eibesfeldt 1982) und gehören zu den wichtigsten therapeutischen Mitteln im Umgang mit Demenzkranken.

Auf Verbote, direkte Aufforderungen oder Befehle reagieren die Kranken mit Widerstand und Aggressivität. Ein „Nein!“ als Antwort auf eine zufällige Frage ist doppelt so häufig wie ein „Ja!“, was auf eine misstrauische Grundhaltung hinweist. Wahrscheinlich gewinnen für die Kranken bestimmte Inhalte des Langzeitgedächtnisses Realitätscharakter und verdrängen die objektive Realität. Die Kranken leben mit den Erinnerungsbildern einer bestimmten Lebensperiode und verhalten sich entsprechend. Alle Versuche, sie aus ihrer Welt in unsere Realität zu überführen, sei es mithilfe des Realitäts-Orientierungs-Trainings oder logischer Erklärungen, führen zu einer Verunsicherung der Betroffenen und zu aggressiven Reaktionen. Viel sinnvoller ist eine Begleitung der Demenzkranken auf den Wegen ihrer Vorstellungen.

Die Betreuenden tauchen in die jeweilige Welt des Kranken ein und versuchen sich in ihr adäquat zu verhalten. Die Defizite, Fehlhandlungen, Wiederholungen oder Beschuldigungen seitens der Kranken werden nicht kommentiert bzw. zurückgewiesen. Die Betreuenden „übersehen“ sie oder nehmen Schuld auf sich und bitten den Betroffenen um Unterstützung bei der Problemlösung.

3.6.8 Fazit

Derzeit leiden einer Berechnung von Bickel (1999) zufolge über 900 000 Menschen in Deutschland an einer mittelschweren oder schweren Demenz, etwa zwei Drittel von ihnen an einer Alzheimerkrankheit. Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung, die leichte Demenzen nicht einschließt. Nach einer Schätzung desselben Autors zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Demenzkranken auf der Grundlage der Neunten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung gab es im Jahr 2000 etwa 950 000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter mit einer Demenz. Bleibt ein Durchbruch in der Prävention und Therapie dieser Erkrankung aus, so ist dem Autor zufolge bis zum Jahr 2020 ein Anstieg der Patientenzahl auf knapp unter 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf mehr als 2 Millionen zu erwarten (Bickel 2001).

Diese enorme Anzahl von Demenzpatienten hat erhebliche volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. Hallauer et al. (2000) ermittelten in Deutschland pro Patient und Jahr Gesamtkosten von 85 600 DM (43 767 Euro), wobei 2,5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung (Medikamente, ärztliche Konsultationen, Klinikaufenthalte), 29,6 % auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 67,9 % auf die Familie entfielen. Ähnlich hohe jährliche Kosten bei Demenzkranken werden auch aus anderen Ländern wie England und Nordamerika berichtet (Ernst, R. L. & Hay 1997; Holmes et al. 1998; Hux et al. 1998). Auch diese Studien belegen eindeutig, dass die Hauptlast von

Tabelle 3-47

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1 000)

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65–69	49,8	52,1	58,8	75,0	54,1	54,4
70–74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75–79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80–84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85–89	260,3	304,8	347,6	379,2	469,4	633,9
90+	176,6	183,1	272,0	394,8	382,3	533,1
Insgesamt	953,5	1.155,2	1.388,2	1.561,4	1.810,8	2.046,2

Quelle: Bickel 2001: 111.

den pflegenden Angehörigen getragen wird und diese Leistungen nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingehen. Es werden erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft entstehen, wenn ehrenamtliche Hilfe durch professionelle Hilfe ersetzt werden muss, wenn das familiäre Pflegepotenzial aufgrund niedriger Geburtenraten, erhöhter Mobilität und Berufstätigkeit von Frauen abnimmt, wenn die familiäre Solidarität durch Scheidung erschüttert wird und wenn die Bereitschaft und Fähigkeit von Angehörigen, demenzkranke Familienmitglieder zu pflegen, abnimmt.

Neben den hohen volkswirtschaftlichen Kosten hat die Zunahme der Zahl von Demenzkranken vermehrte psychische und physische Belastungen für Patientinnen und Patienten, Familienangehörige und professionelle Pflegepersonen zur Folge. Maßnahmen zur Früherkennung und zur Behandlung der Demenz sowie zur Betreuung von Demenzpatienten gewinnen in Zukunft an Bedeutung.

Bei der Früherkennung von Demenzen, der Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie bei der Beratung und Begleitung im Krankheitsverlauf kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselfunktion zu. Sie haben regelmäßigen Kontakt zu der überwiegenden Zahl alter Menschen und sind deshalb am ehesten in der Lage, Veränderungen geistiger Leistungsfähigkeit wahrzunehmen. Zunächst sollten Risikopersonen identifiziert werden mithilfe eines kurzen Leitfadens oder einem zuverlässigen und zeitökonomischen Screeninginstrument. In einem zweiten Schritt sollte eine differenzialdiagnostische Untersuchung und Diagnosestellung durch die Spezialisten erfolgen, um dann geeignete medikamentöse und psychosoziale Interventionen einzuleiten. Dieses Vorgehen ist auch deshalb wichtig, weil es Formen der Demenz gibt, deren Ursache behandelt werden kann.

Sollen Demenzkranke bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme angemessen unterstützt werden, so sind differenzierte Informationen über Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzkranken erforderlich. Zu dieser Thematik besteht derzeit ein Mangel an fundierten empirischen Studien.

3.7 Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter

Einleitung: Potenziale, Variabilität und Lebensqualität

In den Kapiteln zu materiellen, wohnungsbezogenen und sozialen Risiken im hohen Alter konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer jenseits des 80. Lebensjahres im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger betroffen sind von Einbußen im sozialen Netzwerk und im Wohnstandard hinter den aktuellen Durchschnittswerten zurückbleiben. Hingegen zeigte sich im Bereich der materiellen Ressourcen zunächst eine weitgehende Altersunabhängigkeit. Die Analyse der Morbiditätsrisiken und funktionellen Beeinträchtigungen im Altersvergleich belegte wiederum die höhere Verletzbarkeit Hochaltriger. Dies trifft auch auf das Risiko zu, an einer Demenz zu erkranken.

Die Befunde belegen aber nicht nur die zweifelsohne höhere Risikobetroffenheit Hochaltriger in unterschiedlichen Lebensbereichen. Sie zeigen ebenso, dass alte Menschen bis in die höchsten Lebensjahre hinein zahlreiche Potenziale zur Bewältigung, Kompensation und Anpassung an sich verändernde Lebenssituationen haben. Anpassungsbemühungen bleiben auch bei hochaltrigen Personen weiterhin effektiv und relativ erfolgreich (Staudinger et al. 1996). Rott (1999) hat diese Fragestellung an Hundertjährigen untersucht und festgestellt, dass auch in diesem Alter die Anpassungsprozesse prinzipiell effektiv sind und Höchstaltrige proaktiv auf Herausforderungen ihrer Lebenssituation reagieren können. Es können durchaus psychische Prozesse aktiviert werden, die sowohl auf Veränderungen in der Person als auch auf Verbesserungen der Situation abzielen und die soziale Integration beeinflussen.

Einige Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Potenziale Hochaltriger im Kontext von Selektionsvorgängen zu interpretieren sind. Damit ist aus einer medizinischen Perspektive Folgendes gemeint: Die klassische

Sichtweise der Geriatrie, die durch viele empirische Studien auch überzeugend belegt ist, geht davon aus, dass mit fortschreitendem Alter unabhängig voneinander oder sich wechselseitig bedingend vermehrt chronische Erkrankungen entstehen und akkumulieren (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Daraus entwickelt sich eine für ältere Menschen oft als charakteristisch betrachtete Multimorbidität oder Polypathie. Die „Biodemographen" gehen von einem etwas anderen Denkmodell aus. Für sie sind Populationen hinsichtlich Gebrechlichkeit prinzipiell heterogen (Vaupel et al. 1998). Die natürliche Selektion sorgt dafür, dass die robustesten Individuen überleben und die gebrechlichsten am frühesten sterben. Unter dieser Perspektive müssten die hochaltrigen Anteile einer Population nicht die kränksten, sondern die gesündesten Individuen beinhalten. Dies gilt aber nur so lange, wie keine Alternsprozesse auftreten. Bei hochaltrigen Menschen könnte es nun zu einer Verbindung beider Prozesse kommen, da ein beträchtlicher Teil ihrer Geburtskohorte bereits verstorben ist. Sie sind zweifelsohne eine „selegierte Stichprobe" und müssten daher auch die robustesten ihrer Kohorte sein. Andererseits sind sie am längsten gealtert und das Risiko, eine Multimorbidität zu entwickeln, hat hier länger bestanden als für bereits Verstorbene. Ihre „Robustheit" wäre der Grund dafür, dass chronische Erkrankungen bei ihnen im Gegensatz zu den bereits verstorbenen Altersgenossen nicht zum Tode geführt haben. Empirische Unterstützung für eine solche Sichtweise liefern Befunde von Franke (1973), der bei der Untersuchung von Hundertjährigen fand, dass nur selten weniger als zehn nebeneinander bestehende, krankhafte Organveränderungen gefunden wurden. Einen besonders krassen und außergewöhnlichen Fall hat Franke (1985) beschrieben. Die Obduktion einer im Alter von 111 Jahren und vier Monaten verstorbenen Frau ergab eine Polypathie des Herzens mit sieben Leiden und eine Polypathie der übrigen Organe mit 14 Leiden. Insgesamt waren 21 mehr oder minder stark ausgeprägte Gebrechen und Krankheiten vorhanden. Franke fasst die Ergebnisse seiner Befunde so zusammen: „Bei den lebenden Uralten erreicht diese Summation von Gebrechen und Leiden einen gerade noch mit den üblichen Lebensbedingungen zu vereinbarenden Höchststand." (Franke 1985: 139)

Die These, dass eine Gruppe gesunder sehr alter Menschen eine Selektion darstellt, wurde in der Berliner Altersstudie mit dem Vergleich der Risikoprofile von gefäßgesunden 70- bis 84-Jährigen und 85-Jährigen und Älteren überprüft. Dabei wurde davon ausgegangen, dass diese Selektion wesentlich durch kardiovaskuläre Mortalität mitbestimmt wird. Tatsächlich wiesen die gesunden jüngeren Teilnehmer (70 bis 84 Jahre) nach dem heute für diese Personengruppe gültigen Kenntnisstand ein noch wesentlich höheres kardiovaskuläres Risiko auf, als kardiovaskulär gesunde 85-jährige und ältere Personen. Insbesondere erhöhte Lipidwerte sind neben einer positiven Familienanamnese signifikant häufiger unter den jüngeren als den älteren Teilnehmern zu finden.

Martin et al. (1996) haben im Rahmen der Georgia Hundertjährigen-Studie (Poon et al. 1992) die sozialen und psychologischen Ressourcen von Hundertjährigen näher erforscht. Die Studie ging insbesondere der Frage nach, ob es den besonders rüstigen Hundertjährigen (den etwa oberen 20 bis 25 % dieser Population) gelingt, ein soziales und psychologisches Funktionsniveau zu erhalten, das dem von durchschnittlichen 80-Jährigen oder sogar von durchschnittlichen 60-Jährigen entspricht. Die Ergebnisse belegen zweierlei. Allgemein konnte festgestellt werden, dass die Hundertjährigen zwar durchweg ein im Vergleich mit den Jüngeren ungünstigeres Leistungs- und Erlebensprofil aufwiesen, aber die Unterschiede oft geringer ausfielen, als man aus der Projektion der Unterschiede zwischen 60- und 80-Jährigen erwartet hätte.

Die Befunde belegen aber auch eine große Heterogenität und Vielfalt alter Menschen, die sich sowohl zwischen unterschiedlichen Personen als auch zwischen verschiedenen Funktionsbereichen einer Person zeigen. Es ist ein wesentlicher gerontologischer Forschungsbefund, dass diese Variabilität auch noch bei sehr alten Menschen zu finden ist. Für den kognitiven Bereich konstatieren z. B. Lindenberger und Baltes (1997) eine bemerkenswerte Stabilität in der Größe der interindividuellen Variabilität über den gesamten Altersbereich der Berliner Altersstudie. Wahrnehmungsgeschwindigkeit, Wortflüssigkeit, Gedächtnis sowie das Maß für die allgemeine Intelligenz zeigten keinerlei signifikante Veränderungen in der Variabilität mit fortschreitendem Alter. Für schlussfolgerndes Denken nahm die Variabilität ab, für Wissen nahm sie leicht zu. Die von Martin (1997) durchgeführten Analysen haben ebenfalls beides gezeigt: Bereiche, in denen Hundertjährige eine größere Variabilität aufweisen als 80-Jährige und 60-Jährige, und Bereiche, in denen die Variabilität geringer ist. Eine erhöhte Variabilität bei Hundertjährigen wurde hinsichtlich der Faktoren Sozialkontakte, Offenheit und Einsamkeit gefunden. Insgesamt scheinen diese Befunde die Annahme zu unterstützen, dass die Heterogenität von Alter und Altern im Wesentlichen auch in der Phase der Hochaltrigkeit bestehen bleibt.

Diese Ergebnisse zu den Potenzialen und der Variabilität Hochaltriger vorausgesetzt, bleibt dennoch die Frage, ob die Lebensqualität hochaltriger Menschen typische Besonderheiten aufweist. Besonderheiten, die sich aus den für die Lebensphase charakteristischen Veränderungen, Risiken, Ressourcen und ihren spezifischen Interdependenzen ergeben. So charakterisierte bereits der Dritte Altenbericht das vierte Lebensalter als eine Phase der Kumulation von Anforderungen und Verlusten (vgl. Dritter Altenbericht: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a).

Zahlreiche Befunde belegen zunächst, dass eine große Zahl hochaltriger Menschen trotz vielfacher Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichten. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger bestätigen das insgesamt positive Bild. Die Mehrheit der befragten alten Frauen und Männer (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei in die Zukunft zu blicken. Einzelne Aspekte des subjektiven Wohlbefindens im hohen Alter verweisen aber auch auf

negative Veränderungen, z. B. die erwartete zukünftige Lebenszufriedenheit sowie die positive emotionale Befindlichkeit. Solche Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass hohes Alter in Bezug auf allgemeines Wohlbefinden nicht selektiert, wohl aber im Hinblick auf das seltenere Erleben positiver Gefühle (Smith, J. et al. 1996). So sind ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen der Meinung, an den meisten ihrer Schwierigkeiten nicht viel ändern zu können (Statistisches Bundesamt 2000b: 427). Eine besondere Problematik der Lebenssituation von Höchstaltrigen könnte man darin sehen, dass sich 56 % der Hundertjährigen der Georgia-Studie als nutzlos vorkamen. 64 % empfanden das Leben nur mehr als „Routine“. In beiden Fällen waren dies im Vergleich mit den Jüngeren signifikant höhere Anteile (Poon et al. 1992).

Fragestellung

In diesem Kapitel wird zunächst der Zusammenhang zwischen Morbidität, Funktionseinbußen und Alltagsbewältigung untersucht. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei dem im höheren Alter besonders häufig auftretenden Problem der Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen gewidmet. In einem zweiten Schritt werden die Interdependenzen zwischen sozialer Lage (vor allem soziale Isolation, Einkommen, Wohnen) und Gesundheit/Krankheit/Mortalität sowie der Inanspruchnahme professioneller Dienste dargestellt. Darüber hinaus werden folgende Fragen diskutiert: Führt die Kumulation von Verlusten, krankhaften Geschehen und Kompetenzeinbußen zu Überforderungen hochaltriger Menschen? Welches Bündel von Beeinträchtigungen führt dazu, dass die Lebenssituation nicht mehr bewältigt werden kann? Welche Lösungen für altersspezifische Problemkumulationen führen dazu, dass die Lebensqualität aufrechterhalten werden kann?

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter soziale, psychische und physiologische Befindlichkeiten umfassen, der allgemeine Gesundheitszustand und gesundheitliche Beeinträchtigungen eine wesentliche Rolle spielen sowie für diese Lebensphase charakteristische Veränderungen der Lebensumstände auftreten, z. B. solche kritischen Lebensereignisse wie der Verlust des Partners oder enger Freunde, die Aufgabe der Wohnung oder geliebter Beschäftigungen. Ob ältere Menschen eine subjektiv zufrieden stellende Lebensqualität aufrechterhalten können, hängt auch von den Lösungen ab, die für die altersspezifischen Problemkumulationen gefunden werden.

Interdependenzen I: Morbidität, Funktionseinbußen und Alltagsbewältigung

Multimorbidität

Das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen, zumeist chronischen Krankheiten beim älteren Menschen – die Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des älteren Menschen. Die Multimorbidität kann einzelne Organe betreffen, aber diese verschiedenen nebeneinander bestehenden Krankheiten überschreiten gerade beim älteren Menschen die traditionellen organbezogenen Gebiete der Medizin. Die einzelnen Erkrankungen werden in ihrer Bedeutung und Ausprägung gerade bei dem älteren Patienten durch psychosoziale Faktoren und Funktionseinbußen bestimmt und modifiziert. Bei den multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten gibt es einerseits kausal unabhängige Kombinationen von Erkrankungen und andererseits kausal abhängige Erkrankungskombinationen (Zuckerkrankheit). Die zunächst kausal unabhängigen Krankheiten, wie z. B. das Auftreten einer Lungenentzündung auf dem Boden einer chronisch, seit Jahren bestehenden Lungenüberblähung, kann zu einer Herzinsuffizienz mit akuter Dekompensation führen. Wenn diese Patientin z. B. gleichzeitig noch eine Verengung eines Gefäßes hat, welches das Gehirn versorgt, kann unter dieser Konstellation ein Hirninfarkt entstehen. Dieses Beispiel zeigt, wie bei zunächst voneinander unabhängigen chronischen Krankheiten ein Krankheitsbild entsteht, welches durch die mangelnde Kompensation des älteren Menschen in eine kausal abhängige Krankheit übergeht.

Die Multimorbidität des älteren Menschen mit den unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten von z. B. primär unabhängigen Erkrankungen, den chronischen Erkrankungen mit akuten Erkrankungen und Entgleisungen verlangen von der Geriatrie eine Individualmedizin auf höchstem und subtilstem Niveau. In diesem Zusammenhang ist es verständlich, dass die Einzelbetrachtungsweise von Krankheiten und das Verständnis für den älteren, multimorbiden, chronisch kranken Menschen ein Höchstmaß an komplexer und ganzheitlicher Sichtweise erfordert, sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der praktischen Medizin.

Wenn man die somatischen Erkrankungen im Alter bzw. die Multimorbiditätsspektren verschiedener großer Studien betrachtet, wobei die Datenlage, was die über 85-Jährigen angeht, äußerst schlecht ist, kristallisieren sich immer zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen. Das sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Erkrankungen des kardio- und cerebro-vaskulären Systems) und die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Untersuchungen der Berliner Altersstudie ergaben, dass bei 96 % der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine und bei 30 % fünf oder mehr internistische, neurologische, orthopädische und psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden, die behandlungsbedürftig sind. Objektiv betrachtet stehen dabei die mit einer deutlichen Verkürzung der weiteren Lebenserwartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund. Gefäßerkrankungen, wie die koronare Herzkrankheit (KHK), die periphere Verschlusskrankheit (PAVK) und cerebro-vaskuläre Verschlusskrankheit (ZVK) ließen sich in mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei 36 % und eine mittel- bis schwergradige Herzinsuffizienz (verminderte Pumpleistung des Herzens) bei 24 % der 70-Jährigen und Älteren finden. Von den Personen mit einer dieser o. g. Erkrankungen sind bis 28 Monate nach der Untersuchung 20 % verstorben, im Vergleich zu 6 % der übrigen Personen, die überwiegend an anderen, zum Teil auch an keinen Krankheiten litten. Auch unter multimorbiden Personen mit fünf und mehr

mittel- bis schwergradigen Erkrankungen war die Mortalität in den folgenden 28 Monaten mit 26 % deutlich höher als in der Gruppe derer, die weniger als fünf behandlungsbedürftige Diagnosen (9 %) aufwiesen.

Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 79-Jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist, und in vielen Fällen die objektivierbaren Krankheiten zwar Behandlungsbedarf nach sich ziehen (hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.), aber nur mit geringen subjektiven Beschwerden einhergehen. „Krankheit“ in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit „krank sein“. Weitere Ergebnisse der Berliner Altersstudie haben gezeigt, dass unter den 85-Jährigen und Älteren etwa 44 % frei von klinisch-manifesten Gefäßerkrankungen (wie PAVK oder KHK) sind und eine entsprechend geringere Mortalitätsrate aufweisen (5 % in 28 Monaten). Weiterhin stehen vom subjektiven Beschwerdegrad her betrachtet nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates (Gelenkverschleiß) und Osteoporose (Knochenschwund) im Vordergrund. Deutliche bis erhebliche Beschwerden (zumeist chronische Schmerzzustände aufgrund von Arthrosen, Osteoporosen oder Dorsopathien/Wirbelsäulenleiden) lassen sich bei insgesamt 49 % der 70-Jährigen und Älteren finden, wobei die Arthrosen überwiegen (32 %).

Bei der Betrachtung der Multimorbiditätsspektren derjenigen, die in Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen, ergibt sich wiederum dasselbe Häufigkeitsspektrum für die Hauptdiagnosen: kardio- und cerebro-vaskuläre Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Der spezifische Aufwand im Krankenhaus, insbesondere die längere Behandlungsdauer für die älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten und deren höherer Aufwand an Pflege, ergibt sich in der Regel erst durch die vielen behandlungsbedürftigen und miteinander interagierenden Nebendiagnosen, die akut auftretenden Komplikationen und die Funktionseinbußen, die maßgeblich die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Selbstständigkeit beeinflussen.

Gerade für das sehr hohe Alter gilt, dass Krankheit durchaus unterschiedliche objektive und subjektive Bedeutung hat und sehr differenziert und individuell betrachtet werden muss. Neben den klinisch objektivierbaren Sachverhalten spielt das subjektive Erleben – die subjektive Gesundheit des Älteren – eine große Rolle. Das subjektive Befinden und insbesondere die Funktionsfähigkeiten bzw. deren Verluste sind neben der seelischen Verfassung und der sozialen Situation des älteren Menschen die maßgeblichen Faktoren, die gerade bei den Hochaltrigen die gesundheitsbezogene Dimension der Lebensqualität ausmachen. In diesem Zusammenhang sei hinzugefügt, dass in der Berliner Altersstudie ein starkes Auseinanderklaffen der Parameter „subjektive und objektive Gesundheit“ mit zunehmendem Alter, insbesondere auch bei den über 80-Jährigen gefunden wurde. Welche Aspekte allerdings diese subjektive Gesundheitswahrnehmung am stärksten im Alter beeinflussen und ob diese Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit beim Übergang vom hohen zum höchsten Alter konstant bleiben, ist noch offen. Es gibt einige Hinweise dafür, dass Krankheiten, die zu funktionellen Einbußen führen, starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit haben. Eine so genannte „gute Gesundheit“ im Alter bedeutet nicht Abwesenheit von Krankheit oder gar Behinderung, sondern sie bedeutet vielmehr Abwesenheit von quälenden und dauernden Beschwerden, z. B. Schmerzen. Als ein weiterer Aspekt bei der Betrachtung der subjektiven und objektiven Gesundheit muss berücksichtigt werden, dass die subjektive Bedeutung einer chronischen Erkrankung im Alter am Anfang stärker wahrgenommen wird als im Verlauf. Hierfür spielt die Bewältigung dieser Situation durch Anpassungsleistungen eine zentrale Rolle.

Das gleichzeitige Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen

Das gleichzeitige Auftreten psychischer und körperlicher Erkrankungen ist von beträchtlichem klinischen und gesundheitspolitischen Interesse: Das Vorliegen psychischer Erkrankungen kann die klinische Beurteilung von Patientinnen und Patienten erschweren, die gleichzeitig von somatischen Erkrankungen betroffen sind, und umgekehrt. Die für beide Krankheitstypen vorgesehenen Behandlungen beeinflussen sich möglicherweise wechselseitig, ein Problem, das vor allem bei älteren Menschen häufig anzutreffen ist. Das gleichzeitige Vorhandensein körperlicher und psychischer Störungen kann die Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen beträchtlich erhöhen. Forschungsergebnisse zeigen, dass sich die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern erhöht, wenn zusätzlich zu einer psychischen Erkrankung eine körperliche auftritt (Weyerer 1990). Die Wahrscheinlichkeit einer Heimeinweisung ist umso höher, je älter der Demenzkranke und je stärker er beeinträchtigt ist, je häufiger er die Kontrolle über Blase und Mastdarm verliert und je mehr er Depressionen und Verhaltensstörungen zeigt (Haupt, M. & Kurz 1993).

Psychische Erkrankungen können auf verschiedene Weise das Risiko für körperliche Erkrankungen und Mortalität erhöhen: Bei bestimmten Erkrankungen kann ein direkter Zusammenhang bestehen; das gilt beispielsweise für körperliche Folgeerkrankungen bei Alkoholmissbrauch oder das erhöhte Suizidrisiko bei Depressiven. Eine indirekte Beziehung besteht dann, wenn psychische Erkrankungen mit einem bestimmten Krankheitsverhalten (z. B. Noncompliance, gesundheitsschädigendem Verhalten) verknüpft sind, welches das Auftreten somatischer Störungen begünstigt. Der Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen kann ein Hinweis auf gemeinsame Krankheitsursachen sein; eine koronare Herzerkrankung in Verbindung mit vaskulärer Demenz weist auf eine Arteriosklerose als gemeinsame Grunderkrankung hin und diese wiederum auf Risikofaktoren wie z. B. Bluthochdruck.

Die komplexe Interaktion zwischen verschiedenen Risikofaktoren (wie Bewegungsmangel und Überernährung) und körperlichen (z. B. Diabetes mellitus) sowie psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Demenz) wird an folgendem Beispiel deutlich: Ein passiver Lebensstil begünstigt Bewegungsmangel und Überernährung. In deren Folge kann sich ein Diabetes mellitus entwickeln, der nach langjährigem Bestehen das Auftreten einer Depression und die Entwicklung eines zerebralen Gefäßprozesses begünstigt. Die depressive Erkrankung hat eine Vernachlässigung diätetischer Regeln und medizinischer Verordnungen zur Folge, die zur Dekompensation des Diabetes und im Zusammenhang damit zu einem Hirninfarkt führt. Als Folge des Hirninfarkts verbleibt eine Demenz mit Pflegebedürftigkeit (Häfner 1986). Die Wechselwirkungen der Risikomerkmale können nach dem derzeitigen Stand der Forschung nicht angemessen dargestellt werden. Bislang fehlt ein allgemein akzeptiertes und empirisch gestütztes Erklärungsmodell, das die ursächlichen Beziehungen zwischen Einzelwirkungen zuverlässig beschreibt.

Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, dass das Risiko für eine psychiatrische Erkrankung signifikant erhöht ist, wenn ältere Menschen aufgrund einer körperlichen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Bereits Anfang der 80er-Jahre konnte in einer Bevölkerungsstudie in Mannheim gezeigt werden, dass das psychiatrische Erkrankungsrisiko mit zunehmender Einschränkung in der Hausarbeit und in der Selbstversorgung sehr stark ansteigt. Die durch Immobilität bedingte Hilfsbedürftigkeit stellt offensichtlich eine besondere Risikokonstellation für psychische Erkrankungen im Alter dar. Von den psychisch Kranken wies nahezu jeder zweite, von den psychisch Gesunden dagegen nur jeder fünfte eine Einschränkung in der Beweglichkeit auf (Cooper, B. & Sosna 1983).

Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (Borchelt et al. 1996): Depressionen traten signifikant häufiger bei hilfsbedürftigen, multimorbiden, immobilen und multimedikamentös behandelten älteren Menschen auf. Die Demenz ist bei hilfsbedürftigen, sehbehinderten, immobilen, hörbehinderten, inkontinenten und multimorbiden Personen signifikant häufiger zu beobachten.

Hilfsbedürftigkeit ist als eine der wesentlichsten psychosozialen Konsequenzen der Demenz bekannt. Darüber hinaus kann bei bestimmten psychischen Störungen, wie z. B. Depressionen, dem Vorliegen von körperlichen Erkrankungen und Hilfsbedürftigkeit auch eine kausale Bedeutung zukommen. Im Rahmen einer prospektiven Bevölkerungsstudie konnte gezeigt werden, dass Depressionen und Angsterkrankungen ein signifikanter Risikofaktor (Odds Ratio: 2,2) für das erstmalige Auftreten von somatischen Erkrankungen im Follow-up Zeitraum waren. Und umgekehrt: Lag zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung eine somatische Erkrankung vor, so war die Wahrscheinlichkeit für das erstmalige Auftreten einer psychischen Erkrankung mehr als zweimal so hoch wie bei den körperlich Gesunden (Murphy, J. M. et al. 1992).

Erkrankungen und funktionelle Beeinträchtigungen

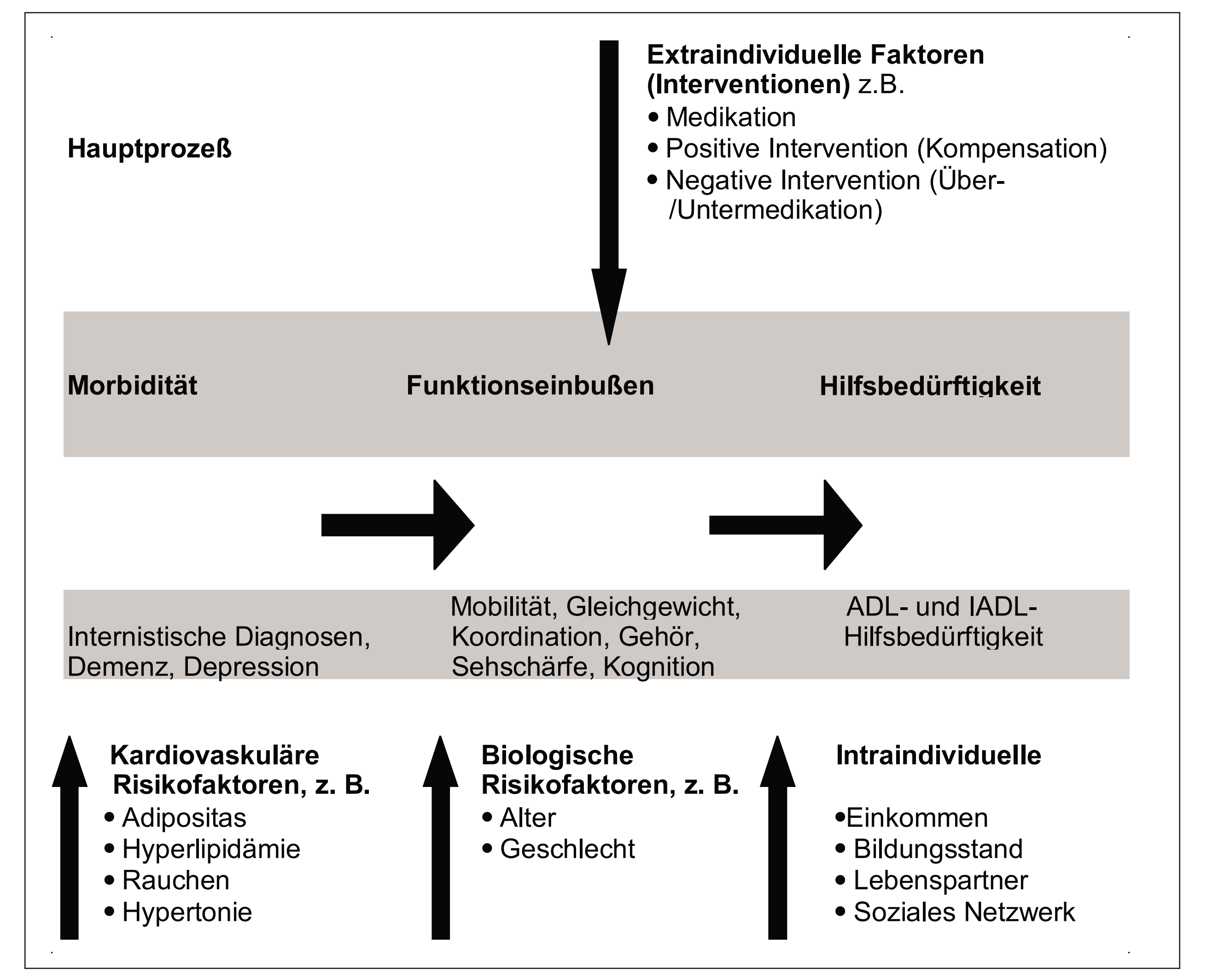
Die alleinige Betrachtungsweise und Verwendung von ICD-Diagnosen mag innerhalb der Medizin für die Betrachtung von akut erkrankten jüngeren Patienten ausreichend sein. Diese internationale Klassifikation ist jedoch untauglich für den älteren und hochaltrigen Menschen. Die ICD-Klassifikation ist eine Verkürzung des Krankheitsbegriffes auf ein akut-medizinisches Modell. Doch gerade bei den chronischen Erkrankungen steht nicht der kurative Aspekt im Vordergrund, sondern die medizinische Intervention bezieht sich hier auf eine Langzeittherapie und einen dauerhaften Umgang mit zumeist mehreren Erkrankungen. Die eigentlichen Konsequenzen der chronischen Erkrankung bei älteren Patientinnen und Patienten – z. B. die funktionellen Defizite – werden im ICD-System nicht erfasst.

Die funktionellen Defizite sind aber entscheidend für das alltägliche Leben einer älteren Patientin bzw. eines Patienten und haben eine überragende Bedeutung für deren Lebensqualität und insbesondere die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im weitesten Sinne. Eine adäquate Vergütung der Gesundheitsleistungen, insbesondere für den älteren und hochaltrigen Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, kann mit der ICD-Klassifikation als Grundlage nicht abgebildet werden. Vor diesem Hintergrund und den demografischen Änderungen und insbesondere der Einführung des neuen Entgeltsystems (DRG) in der Bundesrepublik wird klar, dass ein System benötigt wird, das der versorgungspolitischen und großen ökonomischen Bedeutung der Krankheitskosten im weitesten Sinne gerecht wird. Deshalb ist für die Beurteilung des medizinisch-pflegerischen Aufwandes und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine Ergänzung der internationalen Klassifikation oder eine Erweiterung des bisherigen biomedizinischen Krankheitsmodelles notwendig. Aus diesem Grund wurde in den angelsächsischen Ländern die ICIDH-Beurteilung eingeführt. Während die ICD-Klassifikation die Diagnose angibt, beschreibt die ICIDH die gesundheitliche Integrität und dies auf drei Ebenen: Schädigung – Fähigkeitsstörung – Beeinträchtigung. In den angelsächsischen Ländern wurde die internationale Klassifikation um das ICIDH = International Classification of Impairments, Disability and Handicaps ergänzt.

In dem von Verbrugge und Jette (1994) vorgelegten Modell des Behinderungsprozesses im Alter (vgl. Abbildung 3-16) spielen Funktionseinbußen der Mobilität, des Gleichgewichts, der Koordination, beim Hören und Sehen sowie der kognitiven Leistungen eine wichtige Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass in einem Hauptprozess Morbidität zu Funktionseinbußen führt und diese wiederum zu Hilfsbedürftigkeit im Sinne von ADL/IADL-Einschränkungen beitragen. Risiko- und Interventionsfaktoren als Mediatoren beschleunigen oder verlangsamen den Behinderungsprozess (vgl. Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Die innerhalb dieses Modells im Rahmen der Berliner Altersstudie durchgeführten Analysen demonstrieren, dass zwar Alter und kardiovaskuläre Risikofaktoren die körperliche Morbidität signifikant beeinflus-

Abbildung 3-16

Entwicklung von Behinderung im Alter („disablement process“ nach Verbrugge & Jette 1994)



Quelle: Verbrugge & Jette 1994.

sen. Aber wesentlich wichtigere Prädiktoren sind Untermedikation und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). 70,5 % der jüngeren (70 bis 84 Jahre) und 71,3 % der älteren Männer (85+ Jahre) haben mindestens einen UAW-analogen Befund. Bei den Frauen trifft dies für 69,8 % der jüngeren und für 81,4 % der älteren Teilnehmerinnen der Berliner Altersstudie zu. Die körperliche Morbidität erklärt 18,7 % der Varianz in den Funktionseinbußen. Diese werden zwar auch von psychiatrischer Morbidität im Sinne von Demenz und Depression sowie von psychosozialen Faktoren (verstanden als Ressourcen) beeinflusst, aber das Alter ist von Ausschlag gebender Bedeutung. So korrelieren z. B. die aggregierten Leistungen des Gehörs, des Sehens und des Gleichgewichts/Gangs deutlich mit dem Alter (Marsiske et al. 1996). 56,6 % der älteren Männer und 65,9 % der älteren Frauen weisen eine Sehbehinderung (Nah- und/oder Fernvisus unter 0,2) auf. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Männer und Frauen lauten 18,6 % bzw. 20,9 %. Hörbehinderungen sind insgesamt geringer vertreten. 45,3 % der älteren Männer und 43,3 % der älteren Frauen weisen diese sensorische Beeinträchtigung auf (Audiometrie-Hörschwellen = 55 dB bei 0,25 bis 2 kHz und/oder = 75 dB bei 3 bis 8 kHz). Die Vergleichszahlen für die jüngeren sind 14,0 % (jüngere Männer) und 15,5 (jüngere Frauen).

Die Funktionseinbußen sind eindeutig der wichtigste Prädiktor von Hilfsbedürftigkeit. Hier zeigen sich auf der Performance-Ebene auch deutliche Unterschiede zwischen den jüngeren (70 bis 84 Jahre) und den älteren Teilnehmern (85+) sowie Geschlechtseffekte. So können 59,7 % der älteren Männer und 80,6 % der älteren Frauen nicht mehr selbstständig einkaufen. 62,0 % der älteren Männer und 83,7 % der älteren Frauen benötigen Unterstützung beim Transport. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Teilnehmer liegen zwischen 17,8 % und 27,1 %.

Deutliche Unterschiede gibt es auch beim Baden/ Duschen zwischen älteren Männern (31,8 % benötigen Hilfe) und älteren Frauen (60,5 % benötigen Hilfe). Die Vergleichszahlen für die jüngeren liegen bei etwa 9 %. Insgesamt scheinen die hochaltrigen Männer weniger ADL-Funktionseinschränkungen aufzuweisen als die hochaltrigen Frauen. Werden allerdings andere Einflüsse wie psychische Gesundheit, Medikation und psychosoziale Faktoren kontrolliert, verschwinden die Geschlechtsunterschiede in den Haupteffekten. Steinhagen-Thiessen & Borchelt (1996) weisen darauf hin, dass die krankheitsunabhängige Entwicklung von „Gebrechlichkeit“ im letzten Lebensabschnitt doch eine wesentliche Rolle spielt. Die Frage, ob Einschränkungen der funktionellen Kapazität im hohen und sehr hohen Alter die diagnostizierten Krankheiten ablösen, oder ob beide einen Anstieg erfahren, muss derzeit offen bleiben.

Da die akutmedizinische Betrachtungsweise die funktionellen Defizite, ihre Folgen und Möglichkeiten (Intervention) für den älteren Menschen weitgehend ausblendet, sollte das biopsychosoziale Krankheitsmodell bei den geriatrischen Patienten unbedingt auch in Deutschland Anwendung finden. Innerhalb dieses Modells wird z. B. die Alltagsaktivität, der Interventionsbedarf und die Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe betrachtet. Eine außerordentliche Bedeutung hat diese Betrachtungsweise darüber hinaus noch für die Lebensqualität im Alter.

Interdependenzen II: Soziale Lage und Gesundheit/ Krankheit/Mortalität, Inanspruchnahme professioneller Dienste

Verschiedene Komponenten der sozialen Lage älterer Menschen wie z. B. soziale Isolation, Einkommen, Wohnen beeinflussen die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Soziale Isolation

Besonders im sozialen Bereich treten bei Hochaltrigen substanzielle Einschränkungen auf. Es gibt kein anderes Alter, in dem so viele soziale Verlustereignisse zu beklagen sind. Verluste von Ehepartnern, aber auch von Kindern finden sich in hohem Ausmaß bei den ältesten Alten (Martin, P. 1997). Fast jede hundertjährige Person hat den Verlust eines Ehepartners zu beklagen, und 50 % haben mindestens ein Kind verloren. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, wenn ein Viertel aller ältesten Alten über keinen Kontakt zu Familienmitgliedern mehr verfügt (Johnson, C. L. & Barer 1997). Neue Freundschaften sind davon abhängig, ob körperliche oder funktionale Einschränkungen soziale Kontakte innerhalb dieser sehr alten Bevölkerungsgruppe ermöglichen. Daher berichten Johnson und Barer (1997) auch davon, dass Freundschaften einen geringeren Wichtigkeitsgrad unter sehr alten Menschen haben.

Unter sehr alten Menschen findet sich ferner ein relativ hohes Ausmaß an Einsamkeit. Es sind ca. 40 %, die sich mindestens von Zeit zu Zeit als einsam bezeichnen (Martin, P. et al. 1997). Als Prädiktoren von Einsamkeit haben sich sowohl Persönlichkeit, soziale Beziehungen und körperliche Gesundheit erwiesen. Personen, die weniger ängstlich sind, die sozial gut integriert sind und die über eine gute körperliche Gesundheit verfügen, fühlen sich weniger einsam als diejenigen mit hohen Angstwerten, geringen sozialen Beziehungen und schlechtem körperlichen Gesundheitszustand. Bould und Longino (1997) berichteten, dass Langlebige ein besonderes Gefühl des Alleinseins und der Singularität aufweisen.

Einkommen

Bislang gibt es nur wenige Überlegungen dazu, wie die veränderte Lebenssituation die Ausgabenstruktur Hochaltriger beeinflusst, inwieweit über materielle Ressourcen, die mit dem Prozess der Alterung einhergehenden Einschränkungen auszugleichen sind und wie die sozioökonomischen Bedingungen im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen wirken (Fachinger 2001a; Mayer, Karl Ulrich & Wagner 1996).

Für die Heterogenität der Alterseinkommen ist zunächst einmal das im Lebensverlauf erworbene Einkommen verantwortlich. Besondere Risikogruppen bilden die Haushalte, die schon während der Erwerbsphase über ein niedriges Einkommen verfügten. Aber auch in der Nacherwerbsphase kommt es zu einer weiteren Differenzierung der materiellen Lage älterer Menschen. So beeinflussen kritische Lebensereignisse wie Verwitwung, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder der Umzug in ein Heim die finanzielle Situation der Haushalte alter Menschen. Die Befundlage zum Einfluss der Verwitwung ist dabei nicht eindeutig. Zum einen gilt Verwitwung traditionell als Armutsrisiko (Backes 1993), zum anderen wird häufig auf durchschnittliche Einkommensvorteile Verwitweter gegenüber verheiraten Paaren oder ledigen und geschiedenen Frauen hingewiesen (siehe auch Kapitel 3.4.3). Prinzipiell zeigt sich aber eine gewisse Abhängigkeit zwischen der Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke, damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen und den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Führt eine unzureichende materielle Absicherung zu Einsparungen an Ausgaben für die persönliche Mobilität (Bus-, Bahn-, Taxifahrten) oder beim Telefonieren, bedeutet dies eine Minderung der Lebensqualität hochaltriger Menschen. Die empirischen Befunde belegen, dass Haushalte älterer Menschen in den meisten Gütergruppen mit zunehmendem Alter der Bezugsperson merklich niedrigere Ausgaben tätigen. Zugleich zeigt sich aber auch, dass Personen im hohen Alter für das Wohnen und für Gesundheitsgüter anteilsmäßig mehr aufwenden.

Wohnen

Etwa 95 % der über 65-jährigen Menschen in Deutschland leben in privaten Wohnungen. Der Anteil an Tageszeit, die im unmittelbaren Wohnbereich verbracht wird, nimmt im Alter zu. Etwa 80 % der alltäglichen Aktivitäten finden innerhalb der eigenen vier Wände statt. Quantität und Qualität der Wohnungsversorgung haben Einfluss auf die Gesundheit, die gesundheitliche Versorgung und auch auf die Pflege. Zwar hat sich die Wohnsituation

der Bevölkerung in Deutschland in den vergangenen drei Jahrzehnten deutlich verbessert, es bestehen jedoch objektive Benachteiligungen in der Ausstattung zuungunsten der Haushalte älterer Bewohnerinnen und Bewohner. Wohlbefinden und Gesundheit können jedoch durch unterschiedliche Faktoren beeinträchtigt werden. So ist es für viele Menschen schwierig, überhaupt eine bedürfnisgerechte Wohnung zu finden. Probleme können aber auch durch unverhältnismäßig hohe Wohnkosten entstehen. Ein hoher Mietzins kann den finanziellen Spielraum für andere Lebensbereiche, wie z. B. die Ernährung, einschränken. Psychische und körperliche Gesundheitsrisiken können durch die Wohnung selbst entstehen: bei Mängeln der baulichen Qualität, Größe, Ausstattung und Lage (Statistisches Bundesamt 1999).

Der Einfluss der materiellen Lage auf die Wohnzufriedenheit bei alten Menschen zeigt sich vor allem bei einkommensschwachen Haushalten. Hier führt sowohl die Lage als auch die Ausstattung der Wohnung zu einer deutlich geringeren Wohnzufriedenheit (Statistisches Bundesamt 2000b). Zu berücksichtigen ist auch, dass bei Angehörigen der oberen sozialen Schichten auch nach der Berufsaufgabe die Wohnsituation beibehalten werden kann. Sicher ist, dass die Wohnsituation mit zunehmendem Alter – besonders wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert und sich die sozialen Kontakte reduzieren – immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Ältere oder behinderte Menschen leben nicht selten in Wohnungen, die nicht alten- bzw. behindertengerecht sind. Sie sind z. B. nach Verkleinerung des Haushaltes zu groß, haben z. T. noch Kohleheizung, eine unangepasste Sanitär- oder Küchenausstattung oder Fußschwellen bzw. Treppen, die behindern. Im Osten Deutschlands sieht sich ein größerer Teil der über 60-Jährigen durch die Wohnsituation in der Selbstständigkeit eingeschränkt als im Westen. Während in den alten Bundesländern immerhin noch 23 % der über 65-Jährigen in nicht modernen Wohnungen leben, sind es in den neuen Bundesländern sogar 58 %. Etwa 3 % aller Wohnungen Älterer in den alten Ländern fallen in die Kategorie Substandard (d. h. kein Bad und/oder WC), in den neuen Ländern sind es dagegen 26 %. Hinzu kommt, dass ältere Menschen aufgrund des oftmals lange zurückliegenden Einzugsdatums und der langen Wohndauer häufiger als andere Altersgruppen in nicht renoviertem Wohnbestand leben. Mangelhafte Umweltbedingungen sind aber nicht nur durch den Wohnstandard (Sanitäranlage, Heizung) bestimmt, sondern umfassen auch Barrieren, Schwellen, verstellte Wege, schlechte Beleuchtungsverhältnisse und Rutschgefahren (Oswald, F. 2000). Im Alter kommt es aufgrund körperlicher und psychischer Einschränkungen zu mehr Unfällen und Stürzen, dem Alter nicht angepasste Wohnungen bergen eine wesentlich höhere Unfallgefahr als altengerechte Wohnungen (Oswald, F. 2000) (nähere Angaben zum Wohnen und den wohnbezogenen Risiken siehe Kapitel 3.3).

Studien zur Wohnsituation älterer Menschen belegen, dass eine besondere Gefährdung der Selbstständigkeit älterer Menschen dann entsteht, wenn mehrere Probleme gleichzeitig auftreten: gesundheitliche Probleme, Wohnungsmängel, mangelhafte soziale Netze und – meist in ursächlichem Zusammenhang mit Wohnungsmängeln – geringes Einkommen. Dabei wurden schlechtere Ausstattungswerte bei folgenden Subgruppen ermittelt:

- Einpersonenhaushalte,
- allein lebende ältere Frauen,
- Mieterhaushalte,
- Hochaltrige,
- Pflegebedürftige.

Am Beispiel von Demenzerkrankungen wird deutlich, dass es Hochaltrige mit besonderen Wohnrisiken gibt. Die Prävalenzraten der demenziellen Erkrankungen steigen exponentiell mit dem Alter an. Neben einer zunehmenden Beeinträchtigung kognitiver Funktionen mit der Unfähigkeit, Neues zu lernen, auf die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen zurückzugreifen und so die schwierige Anpassung an die wechselnden Lebensumstände zu vollziehen, führen Demenzerkrankungen auch zu einer erheblichen Veränderung der Persönlichkeit der Kranken und zu Störungen der Wahrnehmung. Mit Zunahme der kognitiven Störungen werden die Betroffenen weniger spontan, wirken verschlossen, apathisch und desinteressiert, sind unflexibel, unsicher und „chaotisch“ in ihren Alltagsaktivitäten (Jacomb & Jorm 1996). Durch eine gestörte Verarbeitung der visuell-räumlichen Informationen können die Kranken die Richtung ihrer Bewegung nicht richtig beurteilen und verirren sich leicht auch in bekannter Umgebung.

Durch diese Veränderungen ist der Kranke in seiner Autonomie, der Fähigkeit zu einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung, zunehmend behindert und auf die Hilfe anderer angewiesen.

Bei Betrachtung von Wohnkonzepten, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit alter Menschen auch im Falle von Gesundheits- und Funktionseinbußen aufrechtzuerhalten, also kompensatorisch zu wirken, ist auffällig, dass – wie z. B. beim Betreuten Wohnen – die Risikoabsicherung nur für die körperliche Pflege gilt. Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohner nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Auch die Aufrechterhaltung des selbstständigen Haushaltes in der eigenen Wohnung gilt gemeinhin nur solange möglich, wie keine schwerwiegende demenzielle Erkrankung vorliegt. Bei Demenz kann also das sonst erfolgreiche Konzept des selbstständigen Wohnens nicht immer realisiert werden.

Die Potenziale von neuen Wohnformen, infrastrukturellen Optimierungen oder neuen Technologien zur Unterstützung und Stärkung gerade des hohen Alters sind nach Einschätzung der Vierten Altenberichtskommission noch keineswegs ausgeschöpft.

Psychosoziale Lebenssituationen im Kontext geriatrischer Morbidität

Die Lebenssituationen älterer Menschen werden oft durch psychosoziale Ereignisse (z. B. Verlust des Lebenspartners, Umzug) oder chronische familiäre und soziale

Schwierigkeiten (z. B. soziale Isolation, Einkommensarmut) existenziell beeinflusst. Körperliche wie psychische Erkrankung kann dabei sowohl auslösendes Moment als auch Konsequenz der veränderten psychosozialen Situation sein. Im Rahmen eines soziogenetischen Modells sind jedoch neben Risikofaktoren auch soziale Schutzfaktoren zu berücksichtigen. Schutzfaktoren werden in erster Linie in psychosozialen Ressourcen gesehen wie z. B. Bildung, Einkommen, soziales Netzwerk, oder Bewältigungsstrategien.

Im Rahmen der Berliner Alterstudie wurden quantitativ bedeutsame psychosoziale Risiken (kürzlicher Wohnungswechsel, Institutionalisierung, Einkommensarmut, soziale Isolation, Verlust von nahe stehenden Personen,) und Ressourcen (Partnerschaft, überdurchschnittliche Zufriedenheit, materieller Wohlstand, großer Freundeskreis, hohe Bildung, in der Stadt lebende Kinder) identifiziert und in Beziehung gesetzt zu geriatrischen Problemgruppen, die durch Multimorbidität, Multimedikation, Hilfsbedürftigkeit, Inkontinenz, Immobilität, Seh- und Hörbehinderung sowie Demenz und Depression charakterisiert sind.

Ein Wohnungswechsel – bei 76 % der betroffenen Personen handelte es sich um einen Wechsel in eine Institution – erfolgte in den letzten zwei Jahren vor allem in den Gruppen mit Demenz (28 %), mit Hilfsbedürftigkeit bei den Alltagsaktivitäten (25 %), mit Sehbehinderung (22 %) und mit Immobilität (19 %). Der Anteil der in Heimen lebenden Personen war erwartungsgemäß besonders hoch bei den Dementen (42 %), und den Gruppen mit Hilfsbedürftigkeit (36 %), Sehbehinderung (33 %), Immobilität (33 %), Hörbehinderung (31 %) und Inkontinenz (21 %).

Einkommensarmut fand sich signifikant gehäuft bei hilfsbedürftigen (26 %), immobilen (25 %), hörbehinderten (25 %), dementen (23 %) und multimorbiden Personen (20 %). Angesichts der Tatsache, dass bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auch individuelle finanzielle Ressourcen zur Finanzierung erforderlicher Unterstützungsleistungen eingesetzt werden müssen, ist dieser Befund unmittelbar plausibel. Soziale Isolation fand sich in den geriatrischen Problemgruppen nur geringfügig häufiger als in der geriatrisch gesunden Gruppe.

In Bezug auf die psychosozialen Ressourcen drehen sich die Verhältnisse erwartungsgemäß um:

Die geriatrischen Problemgruppen zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie häufiger allein leben und eine geringere Lebens-/Alterszufriedenheit aufweisen. Materieller Wohlstand ist in den meisten geriatrischen Gruppen ebenfalls seltener als in der gesamten Stichprobe anzutreffen. In Bezug auf die Häufigkeit größerer Freundeskreise – das bedeutet hier mindestens zwei als eng verbunden angegebene Personen – bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den geriatrischen Gruppen und der gesunden Vergleichsgruppe.

Im Rahmen eines additiven Modells wurden Globalindikatoren psychosozialer Faktoren gebildet und in Beziehung gesetzt zu den einzelnen Indikatoren der geriatrischen Morbidität. Es zeigte sich, dass unabhängig von Alter und Geschlecht die Anzahl psychosozialer Ressourcen mit dem Schweregrad einer Nahvisusminderung, eines Hörverlusts im Sprachbereich und einer Demenz signifikant abnimmt, während die Anzahl psychosozialer Risiken mit dem Schweregrad einer Demenz, mit der Ausprägung von Hilfsbedürftigkeit in Alltagsaktivitäten und einer Nahvisusminderung zunimmt.

Borchelt et al. (1996) kommen zu dem Schluss, dass psychosoziale Risiken und Ressourcen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit im höchsten Alter haben. Partnerschaft, Lebens- und Alterszufriedenheit und materieller Wohlstand müssten dabei als wichtige protektive Faktoren, kürzlicher Wohnungswechsel, Institutionalisierung und Einkommensarmut als entsprechende Risikofaktoren aufgefasst werden. Insgesamt deckt sich diese Sichtweise weitgehend mit Interpretationen anderer empirischer Befunde über die gesundheitliche Bedeutung psychosozialer Ressourcen im Alter.

Soziale Lage und Sterblichkeit

Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Mortalität und die Lebenserwartung gilt heute als gesichert. Beispielsweise lässt sich für die westeuropäischen Länder ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Zu- oder Abnahme des in relativer Armut lebenden Bevölkerungsteils eines Landes und der Entwicklung der Lebenserwartung aufzeigen. In Bevölkerungsgruppen mit großen sozioökonomischen Unterschieden zeigen sich auch innerhalb der westlichen Industriestaaten deutliche Unterschiede hinsichtlich der Mortalität. Ein eindrucksvolles Beispiel ist West-Berlin, wo ein starker Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Mortalität und dem Sozialindex der Stadtbezirke besteht. Auch mittels des deutschen Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) wurden schichtenspezifische Differenzen der Sterbeziffern und der Lebenserwartung untersucht und anhand der SOEP-Ergebnisse geschätzte Überlebenskurven in Abhängigkeit zum Alter, Geschlecht und Einkommen dargestellt. Männer mit einer schlechten Einkommensposition (unter dem Median-Einkommen) haben ein größeres Mortalitätsrisiko als Männer mit höherem Einkommen. Erst bei den über 90-Jährigen verringern sich die einkommensbezogenen Mortalitätsunterschiede. Bei den Frauen tritt dieser Effekt bereits ab dem 80. Lebensjahr auf. Die Beobachtung einer mit höherem Alter abnehmenden sozialen Disparität des Gesundseins ist allerdings umstritten. Es lassen sich sowohl Beispiele für eine abnehmende als auch für eine gleich bleibende Mortalitätsdifferenz zwischen den Einkommensgruppen finden. Für das Alter als „sozialer Nivellierer“ scheint zu sprechen, dass Ältere aus benachteiligten Gruppen eine Auslese der Gesündesten sind, während wohlhabendere, aber kränkere Personen aufgrund besserer sozialer Bedingungen und Versorgung ein höheres Alter erreichen. Amerikanische sowie britische und ebenso die deutschen SOEP-Daten deuten darauf hin, dass sich zwar die sozioökonomisch bedingten Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede im höheren Alter vermindern, aber nicht vor dem 90. Lebensjahr gänzlich verschwinden (Walter & Schwartz 2001).

Soziale Lage und Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe lässt sich nicht ausschließlich über medizinische Faktoren erklären, sondern ist auch wesentlich abhängig von sozialstrukturellen Faktoren. Aus zahlreichen Untersuchungen, u.a. der Berliner Alterstudie, geht hervor, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe vom sozioökonomischen Status abhängt und bei allein lebenden Personen ohne erreichbare Kinder deutlich erhöht ist (Linden et al. 1996). Der sozioökonomische Status hat auch einen Einfluss auf den Zugang zu präventiven Maßnahmen. Am meisten bleiben Personen, und zwar Männer als auch Frauen, mit dem niedrigsten Bildungsstatus den Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen fern.

Einige Studien deuten darauf hin, dass auch chronisch kranke ältere Menschen und Personen mit erhöhten Risikofaktoren zu den Problemgruppen in der präventiven Versorgung gehören, obwohl Personen mit chronischen Krankheiten wesentlich häufiger Gelegenheit für die Inanspruchnahme präventiver Leistungen haben. Bei diesen Patientinnen und Patienten scheinen sich die Ärzte besonders stark auf kurative Maßnahmen zu konzentrieren (Fontana et al. 1997). Die Ergebnisse, wonach es die Risikogruppen sind, die bei den Arztkontakten vermehrt aus der primärpräventiven Versorgung herausfallen, sind Walter und Schwartz (2001) zufolge alarmierend und müssen ernst genommen werden. Generell müssen die Ärztinnen und Ärzte wachsamer in der Identifikation dieser Risikogruppen und bei ihrer Beratung sein.

Auch und gerade in der älteren Bevölkerung ist bei der gegebenen sehr hohen Heterogenität die Identifizierung spezifischer Teilpopulationen z. B. mit definierten Krankheiten oder erhöhten Risiken erforderlich, für die eine Präventionsmaßnahme konzipiert und gezielt angeboten werden soll. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Ermittlung und Ausgestaltung erfolgreicher Zugangswege für vulnerable Zielgruppen. Zahlreiche Erfahrungen zeigen, dass über die bisherigen, meist unspezifischen Maßnahmen häufig nur Mittelständler mit bereits akzeptablem Gesundheitsverhalten und -wissen gewonnen werden können. Ältere mit hohen Risiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen dagegen, die zumeist gleichzeitig eine geringere Bildung aufweisen, bedürfen differenzierter Zugangswege.

Einen potenziell bedeutenden Zugangsweg stellen die Hausärztinnen und Hausärzte als wichtigste professionelle Ansprechpartner der Älteren im Gesundheitswesen dar. Mithilfe von Assessmentverfahren könnten über sie relevante Risikofaktoren abgeklärt, Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen entdeckt, ein spezifischer Interventionsbedarf definiert und gezielte Maßnahmen empfohlen werden (Walter & Schwartz 2001).

Schlussbemerkungen

Bei der Frage nach der Risikokumulation in den hohen Lebensjahren muss betont werden, dass aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Frauen von den Problemen und Herausforderungen des Alterns wesentlich stärker betroffen sind als Männer. Bei den Hundertjährigen liegt der Anteil der Frauen bei etwa 90 %. Diese Betroffenheit wird durch geschlechtsspezifisches Heiratsverhalten gestärkt. Da Frauen meist Männer heiraten, die älter sind als sie selbst, sind es häufig Frauen, die sich um einen pflegebedürftigen Partner kümmern. Höhere Lebenserwartung und Heiratsverhalten führen auch dazu, dass Frauen häufiger eine Verwitwung erleiden als Männer. Unter den über 80-jährigen Frauen waren in Deutschland 1998 mehr als 80 % verwitwet, bei den über 80-jährigen Männern dagegen nur 42 %.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die substanziellen Verlusterfahrungen, die mit dem hohen und sehr hohen Alter verbunden sind, vor allem von Frauen erfahren werden bzw. zu ertragen sind. Die empirischen Forschungsbefunde zur Hochaltrigkeit unterstreichen diese „Verlustperspektive“, aber es wird gleichzeitig deutlich, dass auch in der Phase des hohen Alters Heterogenität charakteristisch ist. Ein Merkmal dieser Heterogenität besteht auch darin, dass es eine substanzielle Gruppe von Hochaltrigen (und damit ebenso vor allem von Frauen), – wenngleich eine Minorität –, gibt, die eine erstaunlich hohe Lebensqualität zu bewahren in der Lage ist.

Insgesamt sieht die Vierte Altenberichtskommission mit den dargestellten Befunden die eingangs gegebene vorläufige Charakterisierung von Hochaltrigkeit als eine vermehrt auftretende und sich ausweitende Lebensphase mit bedrohten Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Vulnerabilität, die aber weiterhin Möglichkeiten der Autonomie und aktiven Lebensgestaltung beinhaltet, als bestätigt an.

4 Interventionen – Strukturen und Strategien

4.1 Einleitung

Während das Kapitel 3 Risiken, aber auch Voraussetzungen zu deren autonomer Bewältigung durch Hochaltrige zum Inhalt hat, geht es im Kapitel 4 um die notwendigen Ressourcen heteronomer Bewältigung (Interventionen) und deren effizienter zu gestaltende Bedingungen.

Interventionen erstrecken sich auf Beratung, Unterstützung und Hilfe zur möglichst weitgehenden selbstständigen Lebensführung unter Einschluss sozialer Teilhabe und auf medizinische Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Multi- bzw. Komorbidität. Der bisher im Hinblick auf alte und hochaltrige Menschen wenig entwickelte Bereich der Palliativmedizin, einschließlich Sterbebegleitung und Sterbebeistand bedarf dringend intensiverer Berücksichtigung.

Die Spezifik des Interventionsbedarfs für Hochaltrige erschließt sich aus einer Reihe von Bedingungen:

- erschwerte Kommunikation durch Seh- und Hörstörungen,
- eingeschränkte Mobilität und Fähigkeit zur Bewältigung längerer Entfernungen und Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel,
- geringere Belastbarkeit,
- erhöhter Zeitbedarf für Kommunikation, Informationsvermittlung und alle Untersuchungsprozeduren,
- altersbedingte kognitive Funktionseinbußen,
- die Besonderheiten der im hohen Alter häufig auftretenden demenziellen Erkrankungen.

Ungefähr die Hälfte der über zwei Millionen Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist über 80 Jahre alt; 90 % aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privathaushalten werden von Familienangehörigen gepflegt. Die familiale Pflege ist nicht nur die übliche Eingangsstufe für die Betreuung und Versorgung Hochaltriger, die oft genug alle Stadien bis zum Tode auffängt, sondern sie ist zugleich das größte Potenzial. Familiale Pflege auch für die Zukunft zu erhalten und in jedem möglichen Umfang zu unterstützen, ist daher erstes Gebot.

Die familialen Potenziale werden jedoch aus verschiedenen Gründen in naher Zukunft schrumpfen (vgl. Kapitel 4.2), gleichzeitig aber wird die Zahl der pflegebedürftigen Hochaltrigen stark zunehmen. Die entstehende Versorgungslücke wird nicht allein durch professionelle Kräfte ausgefüllt werden können. Es wird vor allem die Förderung von Selbsthilfegruppen und des freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements notwendig sein, denn auch freundschaftliche und nachbarschaftliche Hilfen werden allein nicht ausreichen (siehe Kapitel 4.3).

Umweltliche Gestaltung und technische Ressourcen sind zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung heranzuziehen und im Hinblick auf Hochaltrige nutzerfreundlich anzubieten. Allerdings darf dies nicht zulasten von sozialer Einbindung und Kommunikation gehen (siehe Kapitel 4.4). In den Kapiteln 4.5 und 4.6 werden die umfangreichen Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung in ihrer zentralen Bedeutung dargestellt. Die Versorgung Demenzkranker hohen Alters ist ein Schwerpunktthema des Vierten Altenberichtes. Es wird deshalb in allen Kapiteln und den dort gegebenen Zusammenhängen gebührend berücksichtigt. In einem eigenen Abschnitt 4.7 werden jedoch die Möglichkeiten der Behandlung ausführlich herausgehoben, beschrieben und kritisch bewertet. Die spezifischen Erfordernisse der Pflege sind in 4.6.6 zu finden. Die barrierefreie Gestaltung angemessen abgestufter, integrierter Versorgungsketten, die ihre Leistung komplementär und nicht konkurrierend erbringen und sich ebenfalls komplementär und nicht konkurrierend auf die Hilfs- und Unterstützungsbedürfnisse der Betroffenen ausrichten, sind die Leitziele der weiteren notwendigen Entwicklung, wenn die Anpassung an die Folgen des demographischen Wandels gelingen soll. Die Prinzipien zu leistender Vernetzungsbemühungen finden sich in Kapitel 4.8.

Die Vierte Altenberichtskommission war bemüht, die engen Beziehungen zwischen Kapitel 3 und Kapitel 4 sichtbar zu machen. Es ist die Überzeugung der Kommission, dass Interventionen (heteronome Bewältigung) von Krisen nur sinnvoll, human und ökonomisch sein können, wenn sie die eigenen Potenziale, über die auch Hochaltrige verfügen (autonome Bewältigungsreserven) optimal einbeziehen. Autonome Ressourcen des Individuums und der Familie sind die Basis, auf der Interventionen aufbauen können und müssen. Deren Ingnorierung ist ebenso schädlich, wie die zuweilen anzutreffende unwillentliche Zerstörung von Potenzialen durch unangemesse Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen, wie z. B. Fehlplatzierung, zu lange Institutionalisierung oder Überförderung (passivierende Versorgung und Pflege).

4.2 Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger

Die Familie ist die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen. Insbesondere ist die Familie nach wie vor für die häusliche Pflege zuständig. Nahezu drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Im Dezember 1999 waren dies 1,44 Millionen Personen, davon in der großen Mehrzahl ältere und hochaltrige Menschen (Statistisches Bundesamt 2001e). Etwa 51 % aller Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld (1,03 Millionen Personen). Das bedeutet, dass diese Personen in der Regel zu Hause vor allem durch Familienangehörige, und zwar ohne Unterstützung formeller Dienste, versorgt werden.

Die Rahmenbedingungen, unter denen familiale Unterstützung und Pflege älterer Menschen stattfindet, haben sich in

den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Die gestiegene Lebenserwartung führte dazu, dass die familiale Unterstützung hochaltriger Menschen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern erstmals in der Geschichte zu einem erwartbaren Regelfall des Familienzyklus geworden ist. Die wichtigsten Helferinnen und Helfer sind die (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner der Hochaltrigen, mit der Folge, dass die Pflegenden selbst nicht selten an der Schwelle zur Hochaltrigkeit stehen oder hochaltrig sind. Aber auch die Unterstützer aus der Kindergeneration sind älterwerdende Menschen, in der Regel Frauen, die die Verantwortung für die hochaltrige Elterngeneration übernehmen.

Die Lebenszeitverlängerung der Menschen in den hohen Lebensjahren führte zu einer zunehmenden Zahl von Personen mit multimorbiden Krankheitsgeschehen mit besonders intensivem Pflegebedarf. Von großer Bedeutung ist dabei die deutlich ansteigende Prävalenz demenzieller Erkrankungen. Die Pflege älterer Menschen mit psychischen Veränderungen stellt für Familien eine besondere Herausforderung und Belastung dar.

Die Situation hochaltriger Menschen und der sie betreuenden Familien wird auch durch gesellschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen beeinflusst. Veränderte Familienformen und die zunehmende Mobilität der nachwachsenden Generationen wirken sich ebenfalls aus auf die Möglichkeiten von Familien zur Übernahme von langfristiger Betreuung und Pflege. Häusliche Pflege wird durch die 1995 eingeführte Pflegeversicherung (SGB XI) maßgeblich unterstützt, so durch Geld- und Dienstleistungen und durch Hilfen bei der behindertengerechten Wohnungsgestaltung. Auch steht eine verbesserte Infrastruktur ambulanter Dienste zur Verfügung. Von einer gelungenen Verzahnung familialer und professioneller Pflege kann gegenwärtig aber noch nicht gesprochen werden.

In diesem Kapitel werden die Ressourcen, die die Familien zur Pflege ihrer alten Angehörigen aufbringen, beschrieben. Zunächst werden die Möglichkeiten und Motive von Familien zur Übernahme der häuslichen Pflege aufgezeigt. In einem zweiten Schritt wird die häusliche Pflegesituation beschrieben: Die Charakteristika der Hauptpflegepersonen, Art und Umfang pflegerischer Leistungen sowie die spezifischen Beziehungen zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen stehen dabei im Mittelpunkt. In einem dritten Schritt werden die Belastungen der häuslichen Pflege für Familienangehörige beleuchtet. Dabei sollen auch die Risiken aufgezeigt werden, die auf Familienmitglieder in der häuslichen Pflegesituation zukommen. Schließlich geht es um Unterstützungsnotwendigkeiten für pflegende Familienmitglieder, die es ermöglichen, die Ressource Familie für die häusliche Pflege zu erhalten und die eine angemessene Pflege für den Hilfeabhängigen zu Hause garantieren.

4.2.1 Die Bereitschaft zur Übernahme der häusliche Pflege

Bei der Frage nach der Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: einerseits die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern zur häuslichen Hilfe, andererseits die normativen und motivationalen Grundlagen zur Übernahme häuslicher Pflegearbeit.

Die Verfügbarkeit familialer Unterstützungspotenziale in der Zukunft wird häufig angezweifelt. Als Begründung dafür werden die abnehmenden Geburten- und Kinderzahlen, die Veränderung und Auflösung traditioneller Familienstrukturen, der damit einhergehende Verlust familiärer Unterstützungsoptionen sowie das Nachlassen der Bereitschaft von Frauen benannt, in die Helferinnenrolle zu wechseln und dafür berufliche Perspektiven zu beschneiden (Rosenkranz & Schneider 1997). Allerdings wurde bereits im Dritten Altenbericht betont, dass für den Zeitraum der kommenden zwei Jahrzehnte davon ausgegangen werden kann, dass alte Menschen auch weiterhin in hohem Maß familiale Unterstützung erfahren werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a). Angesichts des steigenden Anteils jüngerer Menschen, die keine Kinder haben (werden), könnte sich dies langfristig jedoch negativ auf das familiale Pflegepotenzial auswirken. Den negativen Bilanzen entgegen steht jedoch die Tatsache, dass der demographische Wandel zu einem steigenden Anteil von älteren Menschen führen wird, die einen lebenden Ehepartner haben (Dinkel, R. H. et al. 1997). In den nächsten Jahrzehnten geht vor allem bei Frauen der Anteil der Verwitweten zugunsten der Verheirateten stark zurück. Zweifelsohne wird es in Zukunft einen nicht unerheblichen Anteil alter Menschen geben, die kinderlos, verwitwet, ledig oder infolge einer Scheidung allein leben. Doch bedeutet die Chance der Lebenserwartungsverlängerung auch, dass die häusliche Unterstützung in Zukunft noch häufiger eine Partnerunterstützung sein könnte (Fischer, G. C. et al. 1995).

Die Bereitschaft im Falle der Pflegebedürftigkeit für den (Ehe)Partner einzustehen ist hoch und wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit verstanden (Becker, R. 1997: 42 bis 45). Die Motivation entsteht aus einem Gefühl der Familiensolidarität und der Verpflichtung zum Austausch. Weibliche und männliche Pflegepersonen unterscheiden sich nicht in den Motiven, den (Ehe-)Partner zu pflegen. Fast die Hälfte nennt Zuneigung, ein Zehntel fühlt sich dazu verpflichtet und ein Drittel gibt eine Kombination von Gründen an (Gräßel 1998a). Interessant ist der Gedanke, dass es Männern durch die Übernahme der Pflege ermöglicht wird, den im Berufsleben gegebenen Mangel an fürsorgenden Elementen auszugleichen – eine Chance, die in Zukunft möglicherweise bewusst von Männern erkannt und wahrgenommen wird. Ein anderes Motiv für die Pflegeübernahme durch Männer ist der Wunsch, etwas wiedergutmachen zu können, indem eine Schuld an der Ehefrau abgetragen wird, die sich ein Leben lang aufgeopfert hat (Lamprecht & Bracker 1992).

Die Pflegebereitschaft der Töchter wird in Deutschland ebenfalls als hoch beschrieben (Deutscher Bundestag 1998; Fuchs 1998; Schütze 1995). Aber auch Söhne äußern in überraschend hoher Zahl Aufgeschlossenheit gegenüber einer Pflegeübernahme, wobei der Anteil pflegender Männer insgesamt bei nur drei bis sechs Prozent aller Hauptpflegepersonen in Privathaushalten liegt (Gräßel 1998a; Halsig 1998; Schneekloth et al. 1996). Fuchs (1998) befragte in einer Repräsentativuntersuchung Personen, die selber

derzeit keine Pflege leisten, nach ihrer Pflegebereitschaft. Danach wären über 80 Prozent der befragten Männer und beinahe 90 Prozent der befragten Frauen bereit, ihre Eltern zu pflegen. Schütze (1995) berichtet, dass 40 Prozent der von ihr befragten Söhne und 79 Prozent der Töchter die Pflegefunktionen bei ihren Eltern übernehmen würden, wobei diese Bereitschaft gegenüber der eigenen Mutter stärker ausgeprägt zu sein scheint als gegenüber dem Vater. In allen Studien wird als häufigster Grund für die Bereitschaft zur Pflegeübernahme auf die „Selbstverständlichkeit“ dieser familialen Leistung hingewiesen (Halsig 1998; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Hinter diesen unfraglichen Solidarleistungen von Familien kann sich aber ein Bündel von Motivationen verbergen: Gesellschaftliche Normen und Pflichtgefühl, rollenimmanentes Verhalten (bei Töchtern), Reziprozität, ethisch-religiöse Motive, Sinngebung. In einer europäischen Studie wird „Pflichtgefühl“ als stärkstes Motiv in allen Länderberichten genannt. Als weitere wesentliche Motivierung pflegender Angehöriger nennt die Studie die Intention, einen Heimeintritt zu verhindern, da Heime ein negatives Image hätten und die Heimeinweisung eines nahen Angehörigen einen Verlust an Selbstachtung bzw. Einbußen der Werteinschätzung des sozialen Umfeldes mit sich brächte.

Finanzielle Gründe als Motiv zur Pflegeübernahme werden heute kontrovers diskutiert. So wird zwar einerseits gemutmaßt, dass der große Anteil der Geldleistung im Rahmen der Pflegeversicherung auf finanziellen Missbrauch hinweisen könnte (Hoefer 1995). In empirischen Befragungen zur Pflegemotivation zeigt sich jedoch, das finanzielle Motive nur eine ungeordnetet Rolle bei der Übernahme familialer Pflegeverpflichtungen spielen (Bracker et al. 1988; Gräßel 1998a).

Auch wenn die Übernahme von Pflege mit subjektiv erlebter Entscheidungsfreiheit verbunden scheint, ist doch bei vielen pflegenden Angehörigen der Pflegeübernahme kein bewusster Entscheidungsprozess vorhergegangen (Halsig 1998). In einer europäischen Studie wird darauf hingewiesen, dass das Fehlen an Entscheidungs- und Wahlfreiheit ein Leitmotiv der Antworten pflegender Angehöriger in allen Mitgliedstaaten ist (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Gerade unter diesem Gesichtspunkt ist die Erkenntnis, dass die Motivation zur häuslichen Pflege Auswirkungen auf die Resultate der Unterstützung hat, von großer Bedeutung (Gräßel 2000). Geben Ehepartner an, aus Zuneigung zu pflegen, so ist der Heimübertritt seltener als in Pflegesituationen, in denen Pflicht als Begründung angegeben wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Voraussetzungen für die Übernahme der Pflege für Familienangehörige zumindest mittelfristig nicht gefährdet zu sein scheinen. Langfristig könnte es aber aufgrund sich verändernder Familienkonstellation zu einer Minderung des familialen Pflegepotenzials kommen. Sowohl die Bereitschaft der Partnerinnen und Partner als auch der Kinder zur Übernahme von Pflegetätigkeiten ist hoch. Die Bereitschaft Angehöriger zu pflegen lässt sich auf familiale Solidarität und Zuneigung, aber auch auf Gefühle der Verpflichtung zurückführen.

4.2.2 Charakteristik der familialen Pflegesituation

4.2.2.1 Hauptpflegepersonen: Partnerinnen und Töchter

Familien bilden in Deutschland noch immer den größten „Pflegedienst” (Ferber 1993): Nahezu 90 Prozent aller Pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen aus dem engeren Familienkreis betreut. Bei einem Drittel der Betreuten ist die Hauptpflegeperson die Partnerin (20 Prozent) oder der Partner (12 Prozent), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 Prozent) oder Schwiegertochter (10 Prozent; siehe Tabelle 4-1). Etwa 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Gut die Hälfte

Tabelle 4-1

Geschlecht, Alter, Verwandtschaftsbeziehung und Wohnort der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998

Merkmal der Hauptpflegeperson	Anteil (in %)
Geschlecht	
weiblich	*80*
männlich	*20*
Alter (in Jahren)	
unter 40	*15*
40 – 64	*53*
65 – 79	*27*
80 und älter	*5*
Verwandtschaftsbeziehung zur pflegebedürftigen Person	
(Ehe-)Partnerin	*20*
(Ehe-)Partner	*12*
Mutter	*11*
Vater	*2*
Tochter	*23*
Sohn	*5*
Schwiegertochter	*10*
Schwiegersohn	*0*
Sonstige Verwandte	*10*
Nachbar/Bekannte(r)	*7*
Wohnort	
Gleicher Haushalt wie Pflegebedürftige(r)	*73*
Getrennter Haushalt	*27*

Quelle: zusammengestellt aus Schneekloth & Müller 2000: 52 – 54

der Pflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, ein Drittel 65 Jahre und älter (Schneekloth & Müller 2000). Es kann angenommen werden, dass die pflegenden Angehörigen hochaltriger Menschen eher der älteren Pflegendengruppe angehören. Dies trifft sowohl auf die Partnerpflege als auch die unterstützenden Kinder zu. Durchschnittlich sind pflegende Männer acht Jahre älter als die pflegenden Frauen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass pflegende Männer in zwei Dritteln der Fälle ihre Partnerin betreuen, während pflegende Frauen zu zwei Dritteln der Generation der Töchter oder Schwiegertöchter angehören (Gräßel 1998a). Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten der Partner oder die Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter” (Fuchs 1998). Während zwei Drittel der männlichen Pflegepersonen die Ehepartnerin pflegen, betreuen weibliche Pflegepersonen zur Hälfte einen Elternteil.

Familiäre Pflege beginnt gewöhnlich mit der Partnerpflege. Etwa 39 Prozent der pflegebedürftigen Männer zwischen 65 und 79 Jahren werden von ihrer Partnerin gepflegt, 22 Prozent der Frauen im gleichen Alter erhalten Hilfe von ihrem Partner. Bei den 80-jährigen und älteren pflegebedürftigen Männern liegt der Anteil der pflegenden Partnerinnen noch bei 12 Prozent, lediglich 5 Prozent der Frauen werden in diesem Alter noch von ihrem Partner gepflegt. Das Potenzial der Partnerpflege schwindet mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen und ihrer Lebensgefährten (Grond 1996).

Überraschend ist die Beteiligung der pflegenden Ehemänner. Während sie im Westen mit etwa 11 Prozent die Hauptpflegepersonen stellen, liegt der Anteil in den neuen Bundesländern bei 22 Prozent. Erklären lässt sich das starke Engagement der Ehemänner im Osten durch die Tradition einer anderen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, in der die Berufstätigkeit der Ehefrau ein Regelfall war. Die Ehemänner sollten dadurch weit selbstverständlicher an der Versorgung der Kinder und an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligt werden. In der zum Westen unterschiedlichen Sozialisation der Ehemänner im Osten kann ein Grund liegen, der zu einer stärkeren Beteiligung an Pflege und Hilfe führt (Halsig 1995). Freilich kann auch die in den neuen Bundesländern höhere Arbeitslosigkeit zu dieser Situation beitragen.

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verlagerung der Hilfen von den Ehegatten zu den Kindern. Während in der jüngsten Altersgruppe (60 bis 65 Jahre) der Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfe 56 Prozent beträgt und der Anteil der Hilfe, die von Kindern getragen wird, nur 13 Prozent ausmacht, ist in der höchsten Altersgruppe der Ehegatten-Anteil auf nur noch 2 Prozent gesunken und der Anteil der von den Kindern erbrachten Leistungen beträgt dann 65 Prozent. Die Veränderung der Anteile von Ehegatten und Kindern erfolgt relativ kontinuierlich über das ganze Altersspektrum hinweg. Ein besonders deutlicher Einschnitt ist für die Altersgruppe 80 bis 85 Jahre beobachtbar. In dieser Gruppe sinkt der Hilfeanteil der Ehegatten besonders stark und der Anteil der Kinder steigt dementsprechend an. Die Gründe für diese Veränderungen liegen in der mit dem Altersgang steigenden Verwitwungsrate, aber auch bei den verheirateten Hochaltrigen verringert sich die Möglichkeit einer Hilfe durch den Ehegatten, da es mit zunehmendem Alter immer schwieriger wird, die zur Pflege erforderlichen Leistungen zu erbringen. Bei verheirateten Pflegebedürftigen sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der vom Ehegatten erbrachten Hilfeleistungen – von 74 Prozent bei den 60- bis 65-Jährigen auf nur noch 40 Prozent bei den 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen (Tabelle 4-2). Erwartungsgemäß lässt sich eine besonders deutliche Verringerung des Anteils der Ehegattenhilfe von der Altersgruppe 75 bis 80 zu den 80-Jährigen und Älteren beobachten (Blinkert & Klie 1999a).

Die Ablösung der Gatten als Helfer durch Kinder verläuft bei Frauen und Männern ganz ähnlich. Allerdings gibt es einige bemerkenswerte Unterschiede. Der Anteil der Gattenhilfe ist bei den Männern in allen Altersgruppen immer deutlich höher als bei den Frauen. Und die Ablösung des Gatten als Helfer erfolgt bei den Männern im Durchschnitt später als bei den Frauen – sehr deutlich erst in der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre, während bei den Frauen in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen Kinder schon sehr stark als Helfer in Erscheinung treten. Diese Unterschiede ergeben sich aus den unterschiedlichen Lebenserwartungen für Männer und Frauen, aber auch deshalb, weil in dieser Generation noch deutlich die Kriegsfolgen erkennbar sind.

Tabelle 4-2

Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfen an allen Hilfen bei verheirateten Pflegebedürftigen nach deren Alter

Altersgruppen	60-65	65-70	70-75	75-80	80 und älter	Insgesamt
Anteil der vom Ehegatten geleisteten Hilfen	*74 %*	*73 %*	*66 %*	*63 %*	*40 %*	*58 %*

Quelle: Blinkert & Klie 1999a: 125

4.2.2.2 Zustandekommen, Art und Umfang der pflegerischen Leistungen

Für das Zustandekommen der Pflegesituation werden zwei Wege beschrieben. Familiale Pflege beginnt entweder als schleichender Prozess (z. B. bei chronischen Krankheitszuständen, aufgrund langsamen Fortschreitens von Autonomieverlust) oder die Pflegenotwendigkeit wird durch ein plötzliches Ereignis verursacht wie akute Krankheit, Unfall, Verwitwung oder Ausscheiden bzw. Tod der bisherigen Pflegeperson (Bracker et al. 1988; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993).

In den meisten Fällen entwickelt sich die Pflegebeziehung durch den zunehmenden Funktionsverlust und den sich langsam verschlechternden Gesundheitszustand des alten Angehörigen. Häufig lässt sich kaum feststellen, zu welchem Zeitpunkt die Pflege genau begonnen hat. Eher selten haben pflegende Angehörige von sich das Selbstbild, eine „Pflegeperson” zu sein und können sich mit dem Status der Pflegenden identifizieren (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Sowohl bei plötzlicher als auch bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit ist es nicht untypisch, dass die Verantwortung für Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird. Viele Studien machen darauf aufmerksam, dass die meisten Pflegepersonen zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen können, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Aus einer Übergangsregelung werden pflegeintensive Jahre, die die bisherigen Beziehungen zwischen dem Hilfebedürftigen und den übrigen Familienmitgliedern verändern (Beck 1997; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Alle Studien zeigen übereinstimmend, dass der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen außerordentlich hoch ist. Durchschnittlich stehen 80 Prozent der Hauptpflegepersonen rund um die Uhr zur Verfügung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993; Boeger & Pickartz 1998; Gräßel 1998a; Schneekloth et al. 1996). Bei Pflegebedürftigen mit ständigem Pflegebedarf sind es sogar 92 Prozent (Schneekloth et al. 1996). Die reine Pflegezeit beträgt zwischen drei und sechs Stunden täglich (Boeger & Pickartz 1998; Gräßel 1998a). Etwa die Hälfte der Pflegenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflegetätigkeiten unterbrechen, davon 76 Prozent mehr als einmal pro Nacht (Gräßel 1998a).

Die täglichen oder fast täglichen Pflege- bzw. Hilfeleistungen werden in den Bereichen der Körperpflege, Haushaltsführung, behandlungspflegerischen Maßnahmen, der persönlichen Betreuung wie Gespräche und Spaziergänge sowie der Unterstützung beim Essen erbracht (Deutscher Bundestag 1998; Schneekloth et al. 1996). Zu den sonstigen Hilfen zählen die Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Sozialkontakte, die Erledigung von Behördengängen, Schriftverkehr mit Versicherungen oder Beihilfestellen, die Organisation von Hilfspersonal für die Hilfeabhängigen sowie die Unterstützung der Eltern bei wichtigen Entscheidungen für ihre Lebenssituation. Darüber hinaus fühlen sich pflegende Angehörige aufgefordert, den Pflegeabhängigen emotionalen Beistand, Zuspruch oder zwischenmenschliche Nähe zu vermitteln (Wand 1986).

4.2.2.3 Die Spezifik der Beziehung zum pflegebedürftigen Hochaltrigen

Ein wesentlicher Aspekt der Pflegebeziehung ist die Umkehrung von Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten. Dies lässt sich an dem Verhältnis zwischen Müttern und ihren Töchtern deutlich machen, zeigt sich aber auch in der Partnerpflege, beispielsweise wenn eine pflegende Ehefrau traditionelle Rollenanforderungen des Mannes aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit übernehmen muss (Becker, R. 1997). Spezifische Probleme können in der ehelichen Partnerschaft entstehen, wenn eine enge Beziehung durch die Hilfebedürftigkeit bedroht wird. Die Rollenveränderungen in der ehelichen Beziehung können deren Stabilität gefährden und somit als Bedrohung wirken. Darüber hinaus erleben ältere pflegende Ehepartner Verluste an sozialen Kontakten bis hin zur Loslösung der Kinder. Aufgrund der Reduktion des sozialen Netzwerkes bei älteren Menschen (z. B. durch Tod von Freunden) gelingt eine Aufrechterhaltung der eigenen Identität unabhängig von der ehelichen Beziehung weniger gut. Auf der anderen Seite führt die Angst des Pflegebedürftigen, verlassen zu werden dazu, dass dieser sich noch enger an den Partner bindet (Gunzelmann 1991).

In der Mutter-Tochter-Beziehung führt die Veränderung von Kompetenzen und Eigenschaften der pflegebedürftigen Mutter dazu, dass die Tochter in eine mütterlich versorgende Position überwechseln muss. Dennoch nehmen Töchter gegenüber ihren Müttern auch weiterhin in bestimmten Bereichen, etwa hinsichtlich der gemeinsamen Biografie, eine Kindrolle ein. Beziehungskonflikte können sich ergeben, wenn altwerdende Mütter an ihrer Elternrolle festhalten (Fingerman 1995). Aber auch aufseiten der Töchter können sich Probleme ergeben, etwa weil diese die Veränderungen ihrer Mutter nicht akzeptieren können oder die Kind-Rolle beibehalten oder wieder einnehmen, indem sie sich dem Willen der Pflegebedürftigen unterordnen (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Hedtke-Becker 1990; Bracker 1990).

Eine weiteres Problem der Beziehungsqualität lässt sich darauf zurückführen, dass Pflegesituationen bislang nicht durch klare soziale Regeln gekennzeichnet und damit in einem soziologischen Sinn als „anomisch” zu bezeichnen sind (Knipscheer 1986). In der Pflegesituation wird aus der bislang ausgewogenen Beziehung zwischen den Ehepartnern oder den Eltern und Kindern, die der Forderung nach Reziprozität genügte, ein Ungleichgewicht, das die Pflegenden bezüglich der Angemessenheit oder Unangemessenheit ihrer Hilfeleistung oft verunsichert. Nur wenigen Pflegenden ist es möglich, sich soweit abzugrenzen, dass sie geduldig, reflektiert, strategisch und mit den eigenen Ressourcen haushaltend im Umgang mit den Hilfebedürftigen reagieren können (Bracker 1990). Studien verweisen hierbei auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Möglicherweise praktizieren Männer ein „gesünderes“ Verhalten der Abgrenzung, indem sie einen Rollenwechsel

vom „materiellen Versorger“ zum „körperlichen Fürsorger“ besser als Frauen vornehmen können (Lamprecht & Bracker 1992; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993).

Die Übernahme der Verantwortung für ein pflegebedürftiges Familienmitglied vollzieht sich vor dem Hintergrund lebenslanger Beziehungen. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die familiale Solidarität ausschließlich harmonisch und konfliktfrei verläuft. Auch wenn die Mehrzahl Pflegender ihre Familienangehörigen zu jenen Menschen zählen, denen sie sich am meisten verbunden fühlen, klagen doch gleichzeitig viele Angehörige über ein mittleres bis hohes Ausmaß an Spannungen in der Beziehung. Studien heben als Ursache hierfür besonders Wesens- oder Verhaltensveränderungen der Pflegebedürftigen hervor. Im Mittelpunkt der Beziehungsproblematik steht das Verschweigen von Konflikten und die Qualität der früheren Beziehung (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Mit dem Begriff der Ambivalenz wird diese „Doppelwertigkeit“ der Hilfebeziehung beschrieben (Lüscher & Pillemer 1996). Ambivalenzen verweisen auf das Erleben gegensätzlicher Emotionen, die Spannung zwischen konträren Werten und die Offenheit von Entscheidungen, beispielsweise hinsichtlich der Konflikte bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass familiäre Pflege – sofern ein Partner oder eine Partnerin vorhanden ist – als Partnerpflege beginnt (32 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Partnerinnen und Partner); sodann nehmen vor allem die weiblichen Mitglieder der Kindergeneration die Verantwortung der häuslichen Pflege auf sich (35 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Töchter oder Schwiegertöchter, nur 5 Prozent sind Söhne oder Schwiegersöhne). Pflegesituationen entstehen nur selten im Rahmen eines reflektierten Entscheidungsprozesses. Charakteristisch für die Pflegebeziehung sind Veränderungen der bisherigen Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten, an die sich sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson anpassen müssen.

4.2.3 Konsequenzen der Pflegesituation und deren Bewältigung

4.2.3.1 Belastungen und Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen

Die Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger sind in einer Reihe von Studien ausführlich beschrieben worden (vgl. Gunzelmann 1991; Kruse 1994; Gräßel 1998a). Als Belastungsquellen konnten die folgenden Faktoren gefunden werden: ständiges Angebundensein; es verlernt haben, abzuschalten; der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt; das erlebte Leiden der Angehörigen und die Angst, sie bald zu verlieren; Demenz und Verwirrtheit der Pflegebedürftigen, die die Beziehung verändern; die Nähe zu Tod und Sterben; die verhinderte eigene Selbstverwirklichung und die Veränderung der eigenen Lebensplanung; Schwierigkeiten, Urlaub nehmen zu können; die eigene körperlich-seelische Befindlichkeit; die gestörte Nachtruhe; der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten und die daraus erwachsende Isolation; fehlende Anerkennung sowie Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten. Belastungsquellen liegen aber auch in den Biografien der Hauptpflegepersonen. So gibt es Befunde, die zeigen, dass ein knappes Drittel der Pflegepersonen nicht nur einem, sondern gleichzeitig mehreren Personen Unterstützung gibt. Bei dieser Art der Hilfeleistung, die als „Hucke-Pack-Pflege” bezeichnet werden kann, sind die Pflegepersonen (in der Mehrzahl ältere Frauen, die ihren Ehemann pflegen) durch die Pflege, aber auch durch eigene gesundheitliche Einschränkungen besonders stark belastet (Beck 1998).

Der Grad der Belastungen durch die Übernahme häuslicher Pflege ist hoch. Vor allem schlagen sich psychische Belastungen durch die Pflegesituation im Erleben der Hauptpflegepersonen negativ nieder. Diese leiden am häufigsten unter dem ständigen Angebundensein, unter Einschränkungen des persönlichen Engagements in anderen Lebensbereichen, unter eigenen gesundheitlichen Belastungen, unter negativen Auswirkungen auf das übrige Familienleben, unter der unausweichlichen Konfrontation mit dem Alter und unter finanziellen Belastungen (Adler, C. et al. 1996; Boeger & Pickartz 1998; Schneekloth et al. 1996). Pflegende Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege, vor allem in Bezug auf depressive Störungen, Erschöpfungszustände und Gliederschmerzen (Adler, C. et al. 1996, Gräßel 1998a). Frauen fühlen sich stärker belastet als Männer. Ausdruck dafür sind ein höherer Grad an körperlicher Erschöpfung, ausgeprägtere Rollenkonflikte und ein verändertes Selbstempfinden (Gräßel 1998a). Männer wahren einen größeren inneren Abstand, sie sind weniger durch soziale Werte zur Pflege verpflichtet, setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten deswegen seltener Schwerstpflege und fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Lutzky & Knight 1994). Die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages (1998) hebt die besonders starke Belastung der Mitglieder der so genannten „Sandwich“-Generation im mittleren Lebensalter hervor, die nicht nur die Pflege der eigenen Eltern zu leisten hat, sondern auch noch die eigenen Kinder und Enkelkinder versorgen und betreuen muss.

Die Gesundheit der Pflegenden wird durch die mit der Pflegesituation verbundenen körperlichen und seelischen Anstrengungen in hohem Maß beeinflusst. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden (Gräßel 1998a). Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist an mindestens einer Krankheit erkrankt. Dabei handelt es sich häufig um Rückenschmerzen/Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankung und Osteoporose. Etwa 40 Prozent aller Pflegenden leidet an Krankheiten des Herz-/Kreislauf- und des Muskel-/Skelettsystems. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden (Adler, C. et al.

1996; Gräßel 1998a). Die Erschöpfung äußert sich in psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen. Ein signifikanter Unterschied wurde zwischen pflegenden Ehepartnerinnen und -partnern und anderen pflegenden Angehörigen hinsichtlich des Ausmaßes an Depressivität beobachtet. Diese können mit einem Anteil von 45 Prozent in hochsignifikant höherem Ausmaß der Kategorie schwerer Depressionen zugeordnet werden als andere pflegende Angehörige mit 7 Prozent. Hinsichtlich einzelner Items des Beck-Depressions-Inventars (BDI) sind vor allem bei pflegenden Ehepartnerinnen und Ehepartnern die Symptome Traurigkeit, Pessimismus, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Entschlussunfähigkeit sowie Schlafstörungen in einem mit depressiven Psychiatriepatientinnen und -patienten vergleichbaren Ausmaß vorhanden (Adler, C. et al. 1996). Das Krankheitserleben der Ehefrauen ist, obgleich sie einem den Ehemännern vergleichbaren Stressniveau ausgesetzt sind, stärker. Für 75 Prozent pflegender Ehefrauen über dem 60. Lebensjahr ist die Belastung durch körperliche schwere Pflegeaufgaben ein relevanter Problembereich. Dabei bestehen häufig eigene manifeste gesundheitliche Beschwerden, vor allem Schmerzen, sowie Sorgen um zukünftige Verschlechterung der eigenen Gesundheit verbunden mit der Befürchtung, den Ehemann dann nicht mehr versorgen zu können“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1995a). Ehefrauen werden daher auch als „hidden patients“ (verborgene Patientinnen) bezeichnet, die soziale Isolation, ökonomische Belastungen und Rollenüberlastungen erleben und insbesondere darunter leiden, dass der Ehemann nicht mehr als Partner zur Verfügung steht, wie dies in den Jahren der Ehe vor der Erkrankung der Fall war (Becker, R. 1997). Fest zu stehen scheint, dass aufgrund ihres höheren Alters die physischen Ressourcen alter pflegender Ehepartnerinnen oft geringer sind. Die Pflege kann bei ihnen mit der Gefahr einer Zunahme bestehender Behinderungen und Krankheitssymptome verbunden sein (Kruse 1994). Der Medikamentenkonsum pflegender Angehöriger erhöht sich mit Beginn der Pflegesituation (Gunzelmann 1991; Adler, C. et al. 1996). Dazu zählen vorwiegend Schlafmittel (28 Prozent), Beruhigungsmittel (40 Prozent) und Schmerzmittel (30 Prozent). Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatotrope Medikamente; zudem greifen Frauen häufiger zu Psychopharmaka als Männer (Gräßel 1998a).

Auch für die Berufstätigkeit pflegender Angehöriger hat die Übernahme von Pflegetätigkeiten bedeutsame Konsequenzen. Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei pflegenden Frauen und Männern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedriger: In der Gruppe der 30- bis 64-jährigen Pflegepersonen sind etwa 34 Prozent der Frauen erwerbstätig (Gesamtbevölkerung 62 Prozent) und 52 Prozent der Männer (Gesamtbevölkerung 85 Prozent) (Gräßel 1998a). Verheiratete Pflegende sind häufiger nicht erwerbstätig als unverheiratete. Allein stehende erwerbstätige Frauen sind am meisten durch die Aufgabenkumulation belastet (Dallinger 1997; Beck 1997; Brody et al. 1995). Faktoren, die ein erfolgreiches Gelingen von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen begünstigen, sind höhere schulische Bildung und berufliche Qualifikation, ein geringerer Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, günstigere ökonomische Lage des Hilfe- bzw. Pflegeleistenden und die Verfügbarkeit von Hilfe durch Dritte (Dallinger 1997; Naegele, G. 1997; Reichert 1996).

Die finanzielle Lage pflegender Angehöriger wurde noch im Ersten Altenbericht der Bundesregierung als nicht befriedigend beschrieben. Die Mittel würden nicht ausreichen, um sich damit Entlastungen zu verschaffen. Es sei nur selten möglich, in den Urlaub zu fahren. Ferner seien den Pflegenden kaum Möglichkeiten bekannt, die vielfach unzureichend ausgestatteten Wohnungen so zu verändern, dass die Pflege dadurch erleichtert würde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993). Die Umsetzung der Pflegeversicherung hat neue Finanzierungsmöglichkeiten für die häusliche Pflege erschlossen. Blinkert und Klie (1999b) ermittelten, dass 70 Prozent der Helfer aus dem informellen Unterstützungsnetz eine Bezahlung erhalten. In Studien der letzten Jahre werden finanzielle Probleme von den pflegenden Angehörigen meist nicht angeführt. Dies kann auf die Absicherung durch die Pflegeversicherung zurückgeführt werden (Adler, C. et al. 1996; Halsig 1998). Etwa 90 Prozent der Pflegepersonen einer weiteren Studie gaben zwar an, mit den finanziellen Mitteln einigermaßen zurecht zu kommen, doch habe sich die finanzielle Situation mit dem Beginn der familialen Pflege verschlechtert (Gräßel 1998a).

4.2.3.2 Bewältigung von Belastungen im Kontext häuslicher Pflege

Pflegende entwickeln individuelle Bewältigungsformen im Umgang mit den Belastungen durch die häusliche Unterstützung der Angehörigen. So wurde beobachtet, dass bei zunehmender Dauer der Pflegesituation die Beanspruchung und vor allem die Depressionswerte der Pflegenden sinken (Boeger & Pickartz 1998). In einer weiteren Studie konnte die höchste durchschnittliche subjektive Belastung bei leichter Pflege fest gestellt werden, während diese bei mittelschwerer und schwerer Pflege deutlich abnimmt (Gräßel & Leutbecher 1993). Dies könnte bedeuten, dass die Pflegeperson durch die Umstellung von Betreuung auf Pflege am stärksten belastet ist und dass Anpassungs- sowie Kompensationsprozesse belastungsreduzierend wirken. Pflegende Ehefrauen sollen Befunden zufolge einen eher passiven Bewältigungsstil, Ehemänner dagegen eher aktives Coping-Verhalten zeigen (Becker, R. 1997). Nur die Hälfte der Ehemänner und zwei Drittel der Ehefrauen erleben emotionale Unterstützung. Mehr Ehemänner als Ehefrauen nutzen instrumentelle Unterstützung. Sie erleben die Übernahme der Haushaltspflichten als stärkste Veränderung in ihrem Leben. Für Ehefrauen gehört es eher zum traditionellen Rollenverständnis, den kranken Mann und den Haushalt zu versorgen und dies auch ohne fremde Hilfe zu tun (Adler, C. et al. 1996). Als ein wesentlicher Entlastungsfaktor konnte die Aufrechterhaltung zweier getrennter Haushalte ermittelt werden (Brody et al. 1995; Wand 1986). Schließlich können auch professionelle Hilfen, Nachbarschaftshilfe, Putzhilfe, Kurzzeitpflege für Urlaub der Hauptpflegeperson sowie Optimierung des Wohnbereiches und Hilfen für den technischen

Ablauf der Pflege als Entlastungen genannt werden (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit spielt eine differenzierte Rolle bei der Bewältigung der Pflegesituation. Studien bestätigen sowohl die höhere psychische und physische Belastung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen als auch die entlastende Funktion der außerhäuslichen Arbeit als Gegengewicht zur Pflegesituation. Der Beruf bedeutet Anerkennung, soziale Kontakte und Selbstbestätigung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993), Ablenkung von den häuslichen Sorgen (Reichert 1996), Erhöhung des Selbstwertgefühls und der beruflichen Kompetenz (Naegele, G. 1997). Die Erwerbstätigkeit vermittelt das Gefühl, die Lebensumstände selbst kontrollieren zu können, bewirkt ein höheres Ausmaß an Hilfe durch andere Familienangehörige und erhöht das Familieneinkommen, wodurch die Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen besser möglich ist (Reichert 1996). Neben den positiven Aspekten der Erwerbstätigkeit werden aber auch mangelndes Verständnis und fehlendes Einfühlungsvermögen in die Situation pflegender Frauen durch Vorgesetzte oder Kollegen beklagt, die permanenten Leistungsdruck, Demotivation oder innere Kündigung zur Folge haben (Beck 1997). Die Belastungen bei mangelnder Vereinbarkeit führen am Arbeitsplatz zu Abwesenheit, abnehmender Leistungsfähigkeit, verminderten Chancen für Karriere und Weiterbildung, erzwungener Arbeitszeitreduzierung und Einkommenseinbußen bis hin zur Berufsaufgabe (Naegele, G. 1997; Reichert 1996).

Die Pflegesituation ist für die gesamte Familie eine einschneidende Veränderung, wobei empirische Befunde insbesondere zur Rolle der Familie in intergenerativen Pflegekonstellationen vorliegen. Alle Familienmitglieder haben im Pflegeprozess sowohl entlastende als auch belastende Funktionen für die Hauptpflegepersonen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Mit einem pflegebedürftigen Elternteil müssen pflegende Kinder das alltägliche Familienleben so gestalten, dass die Familie als Ganzes erhalten bleibt, ohne an der neuen Situation zu zerbrechen (Görres, S. 1993). Die Rolle des Ehemannes wird dabei vielschichtig bewertet. Die meisten der befragten Frauen erwähnen Eheschwierigkeiten, die durch die Pflege bedingt sind (Beck 1997; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985; Wand 1986). Zwar ist bei allen verheirateten Frauen das Einverständnis des Ehemannes entscheidend für die Pflegeübernahme, doch die möglichst reibungslose Durchführung der Pflege gewährleisten die Töchter vorwiegend alleine (Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Einige Männer übernehmen Teile der Hausarbeit, um ihre Frauen zu entlasten, einige helfen, besonders bei körperlich schweren Tätigkeiten, auch in der Pflege mit (Beck 1997; Bracker et al. 1988). In mehreren Studien wird die emotionale Unterstützung des Ehemannes hervorgehoben (Boeger & Pickartz 1998; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Für viele pflegende Ehefrauen ist er die einzige Vertrauensperson. Solange er der Pflege positiv gegenüber steht, kann sie fortgeführt werden. Fühlt er sich zurückgesetzt oder meint, dem Pflegebedürftigen würde zu viel Zeit gewidmet, kommt es zu Konflikten, die mit der Beendigung der Pflegesituation oder der Auflösung der Ehe enden können (Bracker et al. 1988; Wand 1986). Häufig schützt der Ehepartner mit seinem Veto die Pflegende auch vor ihrer eigenen Überforderung, zumal die meisten Frauen Probleme haben, ihre Bedürfnisse und Grenzen der Belastbarkeit wahrzunehmen bzw. vor der Pflegebedürftigen zu verteidigen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Die Studien heben die Bedeutung des Familienstandes für die Bewältigung intergenerativer Pflegesituationen hervor. Im Vergleich verheirateter mit geschiedenen, getrennt lebenden, verwitweten und ledigen Frauen konnte ermittelt werden, dass verheiratete Frauen das höchste Familieneinkommen, die meisten Helfer in der Pflege und das größte Wohlbefinden angeben. Sie fühlen sich am wenigsten deprimiert, klagen am wenigsten über finanzielle und soziale Belastungen und drücken die größte Zufriedenheit mit ihrem Familienleben und ihren Freundschaften aus. Alle nicht verheirateten Frauen haben beträchtlich höhere Armutsraten, wobei geschiedene und getrennt lebende Frauen die höchsten angeben (Brody et al. 1995).

Heranwachsende Kinder und Jugendliche bedeuten für pflegende Frauen eine praktische und emotionale Entlastung, doch werden sie nur selten zur Mithilfe herangezogen. Die familiäre Pflegeleistung durch Enkelkinder ist bisher nicht durch typische gesellschaftliche Normen und Erwartungen gekennzeichnet. Ihre Rolle im familialen Pflegeprozess ist offensichtlich weder innerfamiliär noch gesellschaftlich genau definiert (Dräger 1998).

Die Datenlage zur Rolle nahe stehender Verwandte ist nicht eindeutig. Trotzdem zeichnet sich ab, dass für die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen nahe Verwandte, vor allem die Geschwister der „Rettungsring“ in der Pflegesituation sind (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). So kommt eine Längsschnittuntersuchung zu dem Ergebnis, dass Geschwister zu Beginn und nach zwei Jahren Pflege die größten Quellen instrumenteller Unterstützung als auch zwischenmenschlicher Fürsorge sind (Suitor & Pillemer 1996). Andere dagegen konnten ermitteln, dass Geschwister sich selten für die Pflege ihrer alten Eltern mitverantwortlich fühlen (Hedtke-Becker 1990). Brody et al. (1995) nennen als häufigsten Grund, Hauptpflegeperson geworden zu sein, die Unfähigkeit oder die Unwilligkeit der Geschwister zur Übernahme der Pflege. Boeger und Pickartz (1998) erwähnen die negativen Veränderungen der Beziehungen besonders zu den Geschwistern im Verlauf des Pflegeprozesses. Während einerseits Absprachen und Verhandlungen unter Geschwistern gefunden werden (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993), verweisen andere Studien auf die fehlende innerfamiliäre Debatte über alternative Handlungsoptionen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Auch wenn das Vorhandensein von weiteren Familienmitgliedern in der Regel eine Entlastung für die Hauptpflegeperson bedeutet, so gibt es nicht selten Fälle, in denen ein großes familiäres Netz keine Entlastung der Hauptpflegeperson bedeutet. Gründe für mangelnde Entlastung liegen nicht nur in der fehlen-

den Hilfsbereitschaft der anderen, sondern häufig auch darin, dass die Pflegenden eine Aufgabenteilung als unzumutbar, besonders für männliche Familienmitglieder, ablehnen (Bracker et al. 1988) oder sich scheuen, ihre Ansprüche geltend zu machen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Auch das informelle soziale Netzwerk, also der Freundes- und Bekanntenkreis, spielt für Pflegende eine wichtige Rolle. Die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und die Einbindung in ein außerfamiliäres Beziehungsnetz tragen für sie in einem hohen Maß zur Lebenszufriedenheit bei (Wand 1986). Bereits im Zweiten Altenbericht wird hervorgehoben, dass die Beziehungen der Pflegenden in der „Sandwich-Generation“ zu Verwandten, Freunden und Bekannten sowie Nachbarn sehr intensiv sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Insbesondere Freunde werden als eine bedeutsame Quelle emotionaler Unterstützung für pflegende Angehörige genannt, wobei es allerdings nicht selten geschieht, dass bestehende Freundschaften infolge der Pflegetätigkeiten beendet und neue Freunde gefunden werden (Suitor & Pillemer 1996). Allerdings wird von pflegenden Partnerinnen und Partnern auch beklagt, dass sich der Freundeskreis während der Pflegesituation zurückgezogen hat, weil die gegenseitigen Lebensumstände zu unterschiedlich waren (Boeger & Pickartz 1998; Pöhlmann & Hofer 1997), dennoch sind diese ständig bemüht, ein Netz sozialer Verbindungen zu erhalten. Aufseiten alter pflegender Männer findet sich demgegenüber ein tendenzielles Defizit der aktiven Aufnahme, Gestaltung und Pflege sozialer Kontakte. Dafür organisieren sie eher informelle und formelle Hilfen, deren Inanspruchnahme sie nicht als persönliches Versagen deuten. Pflegende Männer sind deutlich häufiger als Frauen Organisatoren der Pflege als direkte Pfleger im Sinne einer „hands-on“ Pflegetätigkeit (Bracker 1990).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, das die Übernahme der Pflege eines Angehörigen weit reichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied hat. So ist der Anteil der Erwerbstätigen bei pflegenden Frauen und Männern niedriger als in der Gesamtbevölkerung. Die finanziellen Belastungen pflegender Familien sind erheblich, auch wenn die Pflegeversicherung zu einer Verbesserung der materiellen Situation pflegender Familien beigetragen hat. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Pflegende Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege. Frauen fühlen sich darüber hinaus stärker belastet als Männer. Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufsarbeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, aber auch durch informelle und formelle Netzwerke.

4.2.4 Die häusliche Pflege demenziell erkrankter Familienangehöriger

Ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nehmen im Rahmen der häuslichen Versorgung eine besondere Rolle ein (vgl. Vetter et al. 1997; Gräßel 1998b; Gräßel 1998c; Meier, Denise 1999; Rath 1997; Haupt, Martin 1999; Drenhaus-Wagner 1997; Römer 1998; Scholl 1997). Ihre Pflege ist zeitintensiver als bei Nichtdementen, und die Belastungen der Pflegenden haben eine spezifische Qualität. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wohnen von den Demenzkranken, die in Privathaushalten leben, etwa 30 Prozent in eigenen Wohnungen und etwa 70 Prozent bei Angehörigen. Von den Demenzkranken, die bis zum Tod im privaten Haushalt verblieben sind, lebten etwa 60 Prozent mit der betreuenden Person zusammen. Etwa 23 Prozent lebten im selben Haus; fünf Prozent lebten in einem Nachbarhaus und zwölf Prozent im eigenen Haushalt, ohne unmittelbare, direkte Nachbarschaft zu Angehörige. Fehlt ein funktionierendes familiales und privates Netzwerk, so ist dies die dominante Ursache für institutionalisierte Pflege eines alten, demenziell erkrankten Menschen.

4.2.4.1 Charakteristik der Angehörigen, die Demenzkranke pflegen

Familienangehörige sind die wichtigsten Betreuer Demenzkranker (Bickel 1994; Gunzelmann 1991; Kurz et al. 1991; Vetter et al. 1997). Wie in der häuslichen Pflege überhaupt sind es vor allem weibliche Pflegepersonen, die die Versorgung eines an Demenz Erkrankten übernehmen (Gräßel 1998b und 1998c). Weibliche Pflegende betreuen zur Hälfte einen Elternteil, während zwei Drittel männlicher Pflegepersonen die Ehepartnerin pflegen; Schwiegereltern werden fast ausnahmslos, fernere Verwandte und Nachbarn überwiegend von Frauen gepflegt. Das Alter pflegender Angehöriger variiert entsprechend des Verwandtschaftsverhältnisses. Während pflegende Angehörige der Kindergeneration im mittleren Erwachsenenalter stehen, können pflegende Partnerinnen und Partner bereits selbst ein hohes und höchstes Alter erreicht haben.

4.2.4.2 Belastungen und Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen

Studien zur häuslichen Pflege von Demenzkranken konstatieren eine signifikant höhere Belastung dieser pflegenden Angehörigen im Vergleich zu Pflegenden Nichtdemenzkranker (Adler, C. et al. 1996; Gräßel 1998c; Kruse 1994). Pflegende Angehörige erleben nicht nur persönliche Einschränkungen sondern vor allem emotionale und physische Belastungen aufgrund der Persönlichkeitsveränderungen des Kranken. Sie leiden am „Auslöschen“ der gemeinsamen Biografie, haben das Gefühl, einen Schandfleck in der Familie zu haben, sind hilflos gegenüber den Angstkrisen der Gepflegten, grübeln über potenzielle Gefährdungen, erleben einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten, wissen nicht, wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass nur noch der Umzug ins Heim als Ausweg bleibt (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Dabei sind die Unterschiede zwischen Ehepartnerinnen/Ehepartnern und anderen Angehörigen in diesen Belastungsdimensionen nur geringfügig (Matter & Späth 1998) und dies, obgleich durch die Demenz eines Eheteils

das bisherige Gleichgewicht der ehelichen Beziehung besonders gefährdet wird (Wilz et al. 1998).

Am Beginn der Pflege eines demenziell Erkrankten ist die Belastung am größten. Im Verlauf der demenziellen Erkrankung steigt zwar die kognitive Beeinträchtigung des Pflegebedürftigen, jedoch scheinen sich Pflegende an die veränderte Situation anzupassen: Ihr Selbstwertgefühl in späteren Phasen der Erkrankung ist weniger stark beeinträchtigt als zu Beginn (Schacke & Zank 1998). Demgegenüber steht aber die Erkenntnis, dass mit Fortschreiten der Demenz die Angst vor dem aggressiven Verhalten der Patientinnen und Patienten, die erhöhte Kontrolleinbuße der Angehörigen über das Verhalten der Erkrankten, die immer mehr eingeschränkte Kommunikation und die Mehrarbeit der Angehörigen durch wachsende Unfähigkeit der Erkrankten, alltägliche Aufgaben zu erledigen, als belastende Faktoren steigen. Als besonders belastungsauslösend wird von den Angehörigen das ständige Suchen nach Gegenständen empfunden, die von den gepflegten Person verlegt werden (Vetter et al. 1997).

Pflegende Angehörige sind mit einer grundlegenden Veränderung ihrer Beziehung zur gepflegten Person konfrontiert (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Gunzelmann 1991; Kruse 1994). Das Voranschreiten des demenziellen Prozesses erschwert zunehmend die Kommunikation mit der erkrankten Person. In der Vergangenheit etablierte Beziehungs- und Familienregeln verlieren ihre Gültigkeit. Angehörige sind gezwungen, neue Funktionen und Rollen zu übernehmen, da die erkrankte Person aufgrund neurodegenerativer Prozesse ihre Eigenständigkeit verliert. Vor allem interpersonelle Konflikte belasten Pflegepersonen eines Demenzkranken häufiger als die, die einen Nichtdementen pflegen. Pflegende von Dementen klagen häufiger über die Kollision von Pflege mit sonstigen Aufgaben (Gräßel 1998c). Dabei stellen pflegende Angehörige für die demenziell erkrankte Person besonders bedeutsame Beziehungspersonen dar, auf deren Unsicherheiten und emotionale Schwankungen die erkrankten Menschen sensibel reagieren.

Die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit wird von pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter als weitere Ursache für Belastungserleben erwähnt (Adler, C. et al. 1996). Ruhestörungen in der Nacht haben dabei auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen einen besonderen Einfluss. Etwa 41 Prozent der pflegenden Angehörigen gaben an, ein- bis zweimal nachts geweckt zu werden; 32 Prozent gaben an, bis zu viermal; neun Prozent fünf- bis sechsmal; 18 Prozent mehr als sechsmal nächtlich geweckt zu werden (Gräßel 1998c). Bei der Auswertung eines Nachtpflegebelastungsprotokolls zeigte sich, dass pflegende Angehörigen subjektiv das Gefühl haben, öfter nachts geweckt zu werden, als es aufgrund ihrer Protokolle der Fall war (Matter & Späth 1998). Etwa 75 Prozent der Befragten werden durch Störungen, die vom Demenzkranken ausgehen, am Schlaf gehindert, wie beispielsweise Unruhe des Kranken, Rufen oder Schreien des Kranken oder Inkontinenzprobleme (Matter & Späth 1998). Die nächtlichen Hauptaufgaben umfassen mehr als nur die pflegerische Versorgung des Kranken. Dazu gehören Beruhigung des Kranken, Begleitung des Kranken zur Toilette, Versorgung mit Essen und Trinken sowie Wechseln von Windeln (Matter & Späth 1998).

Die permanente Beanspruchung der Pflegeperson kann zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen führen, wobei den durch die nächtliche Pflege verursachten Schlafstörungen bei den Angehörigen eine besonders belastende Rolle zukommt. Pflegende Angehörige von Demenzkranken bilden eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität sowie für vermehrte Einnahmen von Psychopharmaka, vor allem gegen Anspannung. Körperliche Beschwerden, wie Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden, Erschöpfung werden häufiger von Pflegenden eines Demenzkranken im Vergleich zu Personen, die ältere Menschen pflegen, deren kognitive Leistungsfähigkeit weitgehend unbeeinträchtigt ist; genannt. Etwa 36 Prozent männlicher und 28 Prozent weiblicher Pflegender eines Nichtdemenzkranken leiden an keiner Erkrankung; bei Pflegenden eines Demenzkranken sind es nur 17 Prozent der männlichen und 24 Prozent der weiblichen Pflegepersonen. Gräßel (1998c) konnte nachweisen, dass der durchschnittliche Beschwerdenumfang von pflegenden Angehörigen eines Demenzpatienten signifikant über den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung liegt. Adler et al. (1996) beobachten, dass es vielen Pflegenden von Demenzkranken besonders schwer fällt, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen. Die Autoren führen dieses Verhalten auf eine mangelnde emotionale Autonomie gegenüber den Pflegebedürftigen zurück.

4.2.4.3 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige

Die Wege der Inanspruchnahme formeller Hilfen bei der Betreuung Demenzkranker gleichen sich. Die Erstkontakte bei der Suche nach Hilfe laufen in der Regel über den Hausarzt. Da die Anfangssymptome einer Demenz seitens der Angehörigen häufig als Begleiterscheinungen des Altersprozesses gedeutet werden, ist die Folge ein längeres Abwarten vor dem Arztbesuch. In 70 Prozent der Fälle waren es die Angehörigen, die den Erkrankten dem Arzt vorstellten. Die aufgesuchten Ärzte behandelten den Erkrankten dann symptomatisch nach Erstellung der Diagnose, vermittelten den Angehörigen aber keine weiteren Hilfen, obgleich diese Informationen über typische Merkmale und Begleiterscheinungen der Demenz; über den zu erwartenden Verlauf und therapeutische Aussichten, sowie über zu erwartende Verhaltensänderungen des Kranken dringend brauchen. Darüber hinaus benötigen Angehörige Informationen über instrumentelle Hilfen, wie Kurzzeitpflege, ambulante Dienste, Tagespflegestätten, praktische Hinweise für die Gestaltung des häuslichen Lebensraumes und solche zur Einstellung des eigenen Verhaltens gegenüber dem Erkrankten (Haupt, Martin 1999).

Nur ein Viertel der Angehörigen, die Hochaltrige mit einer Demenz pflegen, nutzt zur Entlastung dieser Situation Beratungsangebote. Ein eben so großer Teil nimmt Pflegestunden ambulanter Dienste als Hilfe an. Die Inan-

spruchnahme einer Betreuung des Demenzkranken ohne Einbezug der Angehörigen, wie z. B. bei der Tagespflege oder den Angeboten der Kurzzeitpflege, beschränkt sich auf weniger als ein Zehntel. Werden von pflegenden Angehörigen Hilfen in Anspruch genommen, dann sind es vorrangig finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung (Vetter et al. 1997). Zur Prävention vor eigener körperlicher und psychischer Krankheit brauchen pflegende Angehörige dringend Entlastungen von der Pflege eines dementen Angehörigen. Solche Entlastungen können zum Beispiel Angehörigengruppen ermöglichen. Eine bundesweite Befragung von Angehörigengruppen Demenzkranker ergab, dass zur Gruppenarbeit vor allem der Erfahrungsaustausch gehört. In solchen Gruppen werden aber auch Vorträge angeboten, Geselligkeit gepflegt, Pflegetechniken gelernt oder Entspannungsübungen gemacht. Nach Einschätzung der Gruppenleiterinnen und -leiter bewirkt der Besuch der Angehörigengruppe bei beinahe 70 Prozent der Teilnehmenden einen hohen Entlastungseffekt. Die Befragung zeigte aber auch auf Defizite bei der Unterstützung pflegender Angehöriger von Demenzkranken. So wünschten sich die Befragten z. B. Hilfen, um mehr und aktuellere Informationen zu bekommen oder eine Unterstützung bei der Betreuung der Kranken, auch um an der Arbeit der Gruppen teilnehmen zu können. In der Mehrzahl der befragten Fälle wurde keine organisierte Betreuung der Demenzkranken während der Gruppenzeiten angeboten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000a).

Für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch pflegende Angehörige sind der Schweregrad der Demenz und das subjektive Belastungsniveau des pflegenden Angehörigen die wichtigsten Determinanten (Gräßel 1998a; 1998b). Die Pflegebelastung der Nutzer von Hilfen ist höher als die jener Angehörigen, die Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Angehörige ohne Inanspruchnahme von Hilfe haben mehr Angst, den Demenzkranken mit nach draußen zu nehmen, klagen stärker über eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten gegenüber dem aggressiven Verhalten des Erkrankten und über die abnehmenden Möglichkeiten der Kommunikation (Vetter et al. 1997). Für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen ist vor allem die Unkenntnis verfügbarer Hilfsangebote verantwortlich. Hilfen werden darüber hinaus nicht in Anspruch genommen, weil sie noch nicht erforderlich sind, als ein Eingriff in das familiale Gefüge angesehen werden oder weil Pflegende Schuldgefühle empfinden, wenn die Angehörigen in die Obhut professioneller Helfer gegeben werden (Vetter et al. 1997). Es wird häufiger dann keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen, wenn die Hauptpflegepersonen bei der Pflege Hilfe von anderen Familienmitglieder erhalten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die häusliche Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen zeitintensiver und belastender als die Pflege von Menschen ist, die nicht demenziell erkrankt sind. Pflegende Angehörige von Demenzkranken leiden vor allem an der Veränderung der gemeinsamen Beziehung, die auf dem demenziellen Prozess beruht. Die Angebote professioneller Unterstützung werden von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen noch nicht ausgeschöpft.

4.2.5 Häusliche Pflege zwischen familialer Unterstützung und professioneller Hilfe

4.2.5.1 Art und Umfang professioneller Hilfe

Die Unterstützung professioneller Dienste für pflegende Familien könnte in einer Vielzahl von Bereichen stattfinden: Hilfe bei der körperbezogenen Pflege, Wissensvermittlung für die von Angehörigen selbstständig durchgeführte Pflege, Beratung über weitere Hilfsmöglichkeiten sozialer und medizinischer Dienste sowie Unterstützung bei problematischen Beziehungskonstellationen. Tatsächlich ist professionelle Unterstützung in der Regel auf folgende Tätigkeiten beschränkt: Körper waschen, Baden, Zubereitung von Mahlzeiten sowie An- und Ausziehen (Pöhlmann & Hofer 1997). Den Pflegenden fällt es im Allgemeinen leichter, Pflegedienste für Aufgaben zu engagieren, die ganz offensichtlich in den medizinisch-pflegerischen Bereich fallen, wie z. B. Verbandswechsel. Dies wird nicht als Kompetenz für Angehörige angesehen (Starke et al. 1999). Darüber hinaus wollen pflegende Angehörige von den professionell Pflegenden Pflegetätigkeiten und Pflegeroutinen erlernen und sie als Gesprächspartner für auftretende Probleme in Bereitschaft wissen. Professionell Pflegende sind für die primär im Haus lebenden Angehörigen zudem ein wichtiger Sozialkontakt (Boeger & Pickartz 1998).

Der Umfang der Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist abhängig vom Geschlecht der Pflegepersonen. Bei gleichem Pflegeaufwand ist die beruflich erbrachte Hilfe bei einer männlichen Hauptpflegeperson fast doppelt so hoch wie bei einer weiblichen (Blinkert & Klie 1999b). Pflegende Männer tun sich leichter, professionelle Pflege als ergänzende Hilfe anzunehmen (Jansen, B. 1999). Männer verfügen vermutlich aber auch über weniger „pflegerisches Wissen“ und sind allein deshalb stärker auf andere angewiesen, besonders zu Beginn der Pflege (Fuchs 1999a). Die weiblichen Pflegepersonen pflegen zwar öfter ohne professionelle Unterstützung, werden dafür aber häufiger durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer unterstützt (Frauen: 52 Prozent, Männer: 42 Prozent) (Fuchs 1999c). Die Erwerbsbeteiligung scheint keinen Einfluss auf den Umfang der Inanspruchnahme ambulanter Dienste zu haben. Erwerbstätige Pflegepersonen nehmen im Vergleich zu Nichterwerbstätigen nicht mehr Dienste in Anspruch (Dallinger 1997). Ein Grund dafür könnte in der Fähigkeit und Bereitschaft Berufstätiger zur Mobilisierung externer informeller Unterstützung liegen sowie mit Bildung und sozialem Status zusammenhängen. In Ostdeutschland ist der Anteil von Pflegepersonen, die von formellen Hilfen Gebrauch machen, mit insgesamt 37 Prozent sehr viel höher als in Westdeutschland (19 Prozent). Die selbstverständlichere Nutzung staatlicher Dienstleistungen, die in der ehemaligen DDR kostengünstig oder kostenfrei zur Verfügung standen, und eine weniger stark ausgeprägte Auffassung, dass Pflege allein Sache der Familie sei, könnte hier weiter wirken (Dallinger 1997).

Insgesamt haben an allen Hilfen, die Pflegebedürftige erhalten, professionell geleistete Arbeiten nur einen Anteil von 13 Prozent. Von Pflegekräften werden 10 Prozent der

Hilfen erbracht, von anderen beruflichen Helfern, vor allem hauswirtschaftlichen Hilfen, 3 Prozent (Blinkert & Klie 1999b). Weitere Studien bestätigen diese Befunde. Fuchs (1999c) ermittelte, dass ein Viertel der Hauptpflegepersonen die Pflege allein leisten; gut die Hälfte bekommt Unterstützung durch andere nichtprofessionelle Kräfte, ein weiteres Viertel nimmt professionelle Hilfe in Anspruch. Pöhlmann und Hofer (1997) geben an, dass 31 Prozent der Hauptpflegepersonen weder private noch professionelle Unterstützung bei der Betreuung der Kranken erhalten, 41 Prozent der Hauptpflegepersonen erhalten von anderen privaten Helfern Hilfe, dagegen nur 11 Prozent von professionellen Helfern und 16 Prozent sowohl von privaten als auch von professionellen Helfern. Hilfen durch berufliche Pflegekräfte variieren: 5 Prozent bei den Empfängern von Geldleistungen, 23 Prozent bei Kombileistungen, 37 Prozent bei denjenigen, die Sachleistungen gewählt haben. Die gewählte Leistungsart hat also einen spürbaren Einfluss auf den Anteil der beruflich geleisteten Hilfen. Die Kausalität kann allerdings auch in einer anderen Richtung gesehen werden: Wer eine hohe Chance hat, informelle Helferinnen und Helfer zu aktivieren, wird eher dazu tendieren, Geldleistungen zu wählen, und wird weniger geneigt sein, sich für Sachleistungen zu entscheiden (Blinkert & Klie 1999b).

Mit Blick auf diese Ergebnisse muss resümiert werden, dass drei Viertel aller informellen Pflegearrangements einzig an zwei Berührungspunkten mit dem formellen Pflegesystem Kontakt haben: in Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. durch die Begutachtungsinstanz der privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Medicproof GmbH) und bei Pflegepflichteinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Jansen, B. 1999).

4.2.5.2 Gründe der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe

Gründe für die Inanspruchnahme professioneller Dienste sind der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, aber auch die Stabilität des sozialen Netzes. Der Bedarf an Unterstützung durch ambulante Pflegedienste steigt mit dem Grad der Instabilität des informellen Unterstützungsnetzwerkes und mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit (Gräßel 1998b; Blinkert & Klie 1999b; Pöhlmann & Hofer 1997). Aber nicht nur die Netzwerkinstabilität ist ein Grund für die Inanspruchnahme, sondern auch zunehmendes Alter des Pflegebedürftigen – und damit auch zunehmendes Alter der helfenden Person – führen zu einer Zunahme des Anteils derjenigen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Fuchs 1999a). Die Inanspruchnahmen eines Pflegedienstes erfolgt in der Regel erst dann, wenn bei den pflegenden Angehörigen erhebliche Belastungssituationen eingetreten sind (Runde et al. 1997). Dabei fällt es den pflegenden Angehörigen leichter, Pflegedienste für Aufgaben zu engagieren, die in den medizinisch-pflegerischen Bereich fallen wie z. B. Verbandswechsel (Starke et al. 1999). Erfahrungen mit professionellen Diensten und die Art der Pflegeversicherungsleistung spielen eine wesentliche Rolle bei der Anforderung von professioneller Unterstützung. Etwa 43 Prozent der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegedienste schon einmal in Anspruch genommen haben, melden einen deutlichen Bedarf an professioneller Unterstützung an (Blinkert & Klie 1999b). Wenn Dienste genutzt werden, ist die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit ihnen in der Regel hoch (Jansen, B. 1999). Bei diesen positiven Beurteilungen der ambulanten Hilfe- und Pflegeleistungen ist jedoch zu beachten, dass die Angehörigen meist keine Vergleichsmöglichkeiten haben und die Angehörigen vor Inanspruchnahme der Leistungen die alleinige Pflegeverantwortung hatten (Evers & Olk 1996). Angehörige sind vor allem dann mit Pflegediensten zufrieden, wenn diese die Pflegepersonen von Aufgaben entlasten, die das Schamgefühl verletzen (z. B. Waschen, Intimpflege). Positiv wirkt sich auch die Sicherheit aus, die die Regelmäßigkeit und Erwartbarkeit der Hilfe von außen mit sich bringt, sowie Entlastungen, die durch Gesprächsmöglichkeiten, durch Tipps und Anleitungen und die Weitergabe von Wissen und Informationen entstehen (Evers & Olk 1996).

Für viele Angehörige gibt es aber auch Gründe für eine Nichtinanspruchnahme professioneller Unterstützung. So halten über die Hälfte der Hauptpflegepersonen die Inanspruchnahme ambulanter Hilfsdienste für ihre Hilfs- und Pflegeleistungen für unnötig (Halsig 1998). Barrieren für die Nichtinanspruchnahme sind aber auch Gefühle von Schuld und Versagen (Bruder 1998; Gräßel 1998b; Lüders 1994), die normative Überzeugung, dass Pflege eine Familienangelegenheit darstelle (Gräßel 1998b; Lüders 1994), und die Scheu, um Unterstützung zu bitten (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985; Pöhlmann & Hofer 1997). Weitere Gründe, dafür keine professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, liegen in der Angst vor Einmischung Fremder in Familienangelegenheiten, in dem Wunsch, unabhängig bleiben zu wollen und sich nicht von Fremden bevormunden oder kontrollieren zu lassen (Pöhlmann & Hofer 1997; Fuchs 1999b). Die Nutzung professioneller Hilfe bedeutet offenbar für viele Angehörige, familiäre Kontrolle an Fremde abzugeben (Pöhlmann & Hofer 1997). Für 29 Prozent der Hauptpflegepersonen im Osten und 18 Prozent im Westen spielen finanzielle Gründe eine bedeutende Rolle bei der Nichtinanspruchnahme professioneller Dienste: Ambulante Hilfen werden von pflegenden Familien als zu teuer eingeschätzt (Halsig 1998). Angehörige, vor allem aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien, scheuen sich, offiziellen Stellen eigene Ansprüche vorzutragen, oft aus Angst, die Schwelle zwischen privatem und öffentlichem Bereich zu überschreiten (Pöhlmann & Hofer 1997). Noch immer gibt es aber auch eine verbreitete Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Helferinnen und Helfer angeboten werden (Pöhlmann & Hofer 1997; Bruder 1998; Gräßel 1998b). Hilfen rechtzeitig und zielgerichtet in Anspruch nehmen zu können, setzt aber Informationen voraus. Insbesondere in ländlichen Regionen herrschen traditionelle Einstellungsmuster vor, die Pflege als familiäre Aufgabe ansehen und Angebote von Pflegediensten wenig in Anspruch nehmen. Pflegende Angehörige erleben die Hilfe durch Pflegedienste oftmals als Scheitern der eigenen Ansprüche. Gewünscht wird vor allem eine zeitli-

che Entlastung, eine Lösung aus dem „Angebundensein“. Angebote von Pflegediensten, die „kurze“ Pflegemaßnahmen beinhalten, werden nicht als wirkliche Hilfe empfunden. Zugehende Angebote der Entlastung fehlen.

Die Verknüpfung familialer und professioneller Unterstützung in der häuslichen Pflege

Wenn häusliche Versorgungsleistungen nicht allein durch Angehörige, sondern auch durch professionelle Helferinnen und Helfer erbracht werden, erweitern sich die Beziehungen der gepflegten Person zu einem „Pflegedreieck“. Diese Konstellation, die zum Nutzen des Pflegebedürftigen zu Stande gekommen ist, kann dennoch als konfliktreich charakterisiert werden, weil unterschiedliche Interessen und Perspektiven koordiniert werden müssen. Aus der Sicht von Angehörigen ist die Pflege „alltagsorientierte Sorgearbeit“, in der die Angehörigen Leistungen für den Pflegebedürftigen erbringen. Aus der Sicht der professionell tätigen Pflegekräfte ist die Pflege berufliche Erwerbsarbeit, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Balance zwischen Fachorientierung, Berufsethos und Arbeitsplatzsicherung herstellen müssen (Evers & Olk 1996; Zeman 1998; 2000). So ist die Einstellung beruflich Pflegender häufig durch eine Haltung charakterisiert, die Angehörige für die Pflegeaufgabe als unqualifiziert ansieht und dabei ignoriert, dass ein Großteil der pflegenden Angehörigen sich für ihre Pflegeaufgaben hervorragend qualifiziert haben.

Konflikte entstehen beispielsweise dann, wenn Professionelle die Familienangehörigen nur als Laien in der Pflegearbeit sehen, und wenn ihr Einsatz ausschließlich den Patientinnen und Patienten und nicht auch den Bedürfnissen der Angehörigen gilt. So darf bei der Analyse häuslicher Pflegesituationen die häufig vorzufindende Expertise pflegender Angehöriger nicht übersehen werden. Die Grundannahme, dass Pflege im häuslichen Bereich wegen des fehlenden Fachwissens mit Wahrscheinlichkeit Defizite aufweist, lässt sich nicht halten. Unter günstigen Umständen können pflegende Angehörige durch die Potenziale einer nichtberuflichen Beziehung den Pflegebedürftigen wesentlich mehr Unterstützung und Hilfe bieten, als dies durch beruflich Pflegende möglich ist

Konflikte entstehen aber auch, weil professionelle Pflegefachkräfte einem steigenden Anforderungs- und Erwartungsdruck ausgesetzt sind. Sie beklagen sich darüber, dass pflegende Angehörige die Arbeitsvollzüge der Pflegekräfte kontrollieren und sie fühlen sich durch – mehr oder weniger unbeholfene – Aktivitäten der Angehörigen während des Pflegeeinsatzes in ihrer Arbeit gestört. Pflegekräfte verweisen darauf, dass sie während des Pflegeeinsatzes den Ansprüchen beider Seiten nicht gerecht werden können, und berichten über Versuche der am Pflegeprozess Beteiligten, die Pflegekraft in zumeist konflikthafte innerfamiliale Beziehungskonstellationen hineinzuziehen. Fachkräfte sind auf den Umgang mit solchen Problemen und Konflikten weder durch ihre Erstausbildung noch durch Fort- und Weiterbildung systematisch vorbereitet und müssen daher entsprechende Bewältigungsstrategien im Verlaufe ihrer Berufstätigkeit „on the job“ erlernen (Evers & Olk 1996). Schwierigkeiten solcher Art haben oft grundsätzliche Ursachen, die nicht im menschlichen und kommunikativen Versagen der Beteiligten zu suchen sind, sondern eben in einem strukturellen Schnittstellenproblem zwischen Lebenswelt und Versorgungssystem (Zeman 1998). Hier ist zukünftig Verknüpfungsarbeit zu leisten, die wesentlich dazu beitragen könnte, die Qualität der Pflege im häuslichen Bereich zu erhöhen.

Aufgrund der Forschungslage ist bisher unklar, wie die Qualität der Pflege im familialen Setting aussieht, und es ist ebenso offen, in wieweit eine mangelnde Pflegequalität auf fehlende Kenntnisse pflegender Angehöriger oder auf Überbeanspruchung zurückzuführen ist. Gar keine Erkenntnisse existieren darüber, ob sich bei Hochaltrigen im häuslichen Setting spezifische Problemlagen in der Pflege ergeben.

4.2.6 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege

Die bisherigen Ausführungen belegen die zentrale Funktion Angehöriger bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Nur die wenigsten pflegenden Angehörigen wurden für diese Aufgaben jemals professionell geschult und damit auf die Pflegeaufgaben vorbereitet. Für die Anleitung, Einweisung und Schulung pflegender Angehöriger bietet die Pflegeversicherung (§ 45 SGB XI) unentgeltliche Schulungskurse, in denen die Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden. Auch wenn das Gesetz vorsieht, dass eine solche Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann, sie also theoretisch auf die spezifischen Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen zugeschnitten werden kann, findet dieses – trotz steigender Ausgaben der Pflegekassen für Angehörigenschulungen – nur in unerheblichem Maße statt.[34] Die Gründe für die geringe Teilnahme pflegender Angehöriger an Schulungsmaßnahmen liegen vermutlich in fehlender Information, in der Hochschwelligkeit des Angebotes (es muss von den Pflegenden initiativ nachgefragt werden) und in der Vielzahl der Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind. Damit könnte die Qualität der Pflegearbeit durch Angehörige verbessert werden; zugleich könnte zu einer Entlastung dieser Personen beigetragen werden.

Im Bereich der häuslichen Pflege haben pflegende Angehörige zweifelsohne für die Überprüfung der Leistungen der professionellen Pflege eine wichtige Funktion. Da die häusliche Pflege aber zu einem wesentlich größeren Teil durch die Angehörigen selbst geleistet wird, sollte die professionelle Pflege die Anleitung, Beratung und Qualitätsüberprüfung der Angehörigenpflege, verstanden als partnerschaftliche Unterstützung, zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Aufgabe in der ambulanten Versorgung machen.

---

[34] Die Ausgaben für alle Schulungsmaßnahmen nach § 45 SGB XI erhöhten sich nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit von etwa acht Mio. DM im Jahr 1998 auf etwa 12 Mio. DM im Jahr 1999. Im ersten Halbjahr 2000 wurden dafür bereits 7,5 Mio. DM ausgegeben (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001a).

Komponenten der Ergebnisqualität sind unter anderem die Zufriedenheit und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und der Nutzer. Wenn Qualitätssicherung bedeutet, Qualität für den Nutzer herzustellen, dann müssen die Qualitätsanforderungen auch gemeinsam mit ihm definiert werden. Diese individuelle Dimension von Pflegequalität wird zumeist vernachlässigt. Sie wird bislang nur selten im Rahmen von pflegerischer Qualitätsentwicklung berücksichtigt, obwohl Studien zeigen, dass die Präferenzen und Perspektiven der Pflegenden sich von denen der Patientinnen und Patienten unterscheiden (Cook & Klein 1997). Werden die wenigen Befunde zur Nutzer- und Patienteneinschätzung der pflegerischen ambulanten Versorgung zusammenfassend betrachtet, dann ist auffällig, dass sie überwiegend sehr zufrieden stellend ausfallen (Aust 1994; Schaeffer 2000; Knäpple 2000). Der Aussagewert dieser Befunde muss allerdings kritisch betrachtet werden. Es zeigt sich, dass allein Zufriedenheitsuntersuchungen in der pflegerischen Versorgung keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht zulassen. Die Antworten der Patientinnen bzw. Patienten sind beeinflusst von ihrem aktuellen Gesundheitszustand (Dankbarkeit/Verbitterung), den bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen und ihrem Eingebundensein in soziale Netze. Darüber hinaus können hohe allgemeine Zufriedenheitswerte einer großen Unzufriedenheit im Detail gegenüberstehen („Soziale Erwünschtheit“ der Antworten sowie Autoritätsgläubigkeit vor allem älterer und sozial schwacher Patienten). Die dennoch in Patientenbefragungen ermittelten Qualitätsmängel beziehen sich meistens auf die folgenden vier Bereiche der pflegerischen Versorgung. Erstens wird die wenig nutzerfreundliche Arbeitsorganisation bemängelt. Im ambulanten Bereich werden die Einsatzzeiten der Dienste als unbefriedigend empfunden. Zweitens wird die personelle Diskontinuität der pflegerischen Betreuung seitens der befragten Patientinnen und Patienten kritisiert. Gerade in der ambulanten Pflege empfinden sie und Angehörige den ständigen Wechsel der Pflegepersonen als störend. Zeitmangel des Pflegepersonals ist der dritte wesentliche Kritikpunkt. Als vierter Qualitätsmangel wird aus der Nutzerperspektive überdurchschnittlich häufig fehlende soziale Kompetenz des pflegenden Personals (Interaktionsgestaltung) genannt (vgl. Kuhlmey & Landenberger 1997; Schaeffer 2000; Knäpple 2000).

Die vorliegenden Befunde der Nutzer- und Patientenbefragungen zeigen, dass sie geeignet sind, Schwachstellen der Versorgung zu ermitteln und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Sie belegen aber auch, dass Nutzererwartungen im Vergleich zur professionellen Qualitätsdebatte andere Perspektiven priorisieren können. Daher müssen Nutzererwartungen ein wesentlicher Maßstab für die Qualitätsentwicklung auch in der häuslichen Pflege sein.

4.2.7 Fazit

Dieses Kapitel befasste sich mit den familialen Ressourcen zur Pflege hochaltriger Menschen. Von den über 2 Millionen Leistungsempfängern der Pflegeversicherung sind ca. die Hälfte im Alter von 80 und mehr Jahren. Nahezu 90 Prozent aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privathaushalten werden dort von Angehörigen aus dem engen Familienkreis gepflegt. Familiäre Pflege beginnt häufig als Partnerpflege und wird mit zunehmendem Alter der Kranken immer mehr auf die Kinder verlagert. Dabei ist die Bereitschaft der Partnerinnen und Partner als auch die der Kinder zur Pflegeübernahme hoch. Die Motivation entsteht aus Zuneigung, Solidarität und dem Gefühl der Pflicht zum gegenseitigen Austausch.

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen hat weit reichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied. Die Auswirkungen beziehen sich auf die Ausübung der Berufstätigkeit und die finanzielle Situation. So ist der Anteil der Erwerbstätigen bei pflegenden Frauen und Männern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedriger. Finanziell geht es zwar den pflegenden Angehörigen seit Einführung der Pflegeversicherung wesentlich besser; dennoch kann nicht übersehen werden, dass sich mit Beginn der familialen Pflegearbeit auch die finanziellen Belastungen der Betroffenen erhöhen. Konsequenzen tragen die pflegenden Angehörigen aber auch in Bezug auf ihre eigene Gesundheit. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Trotz der häufig geäußerten Zuneigung zur gepflegten Person, treten Konflikte und Belastungen auf, die das Leben pflegender Angehöriger weit reichend verändern. Als Belastungsquellen werden immer wieder das Angebundensein, die erlebte Angst, den Angehörigen zu verlieren, Verwirrtheit des Betreuten, Einschränkungen des Engagements in anderen Lebensbereichen, die Auswirkungen auf das sonstige Familienleben und die Veränderung der eigenen Lebensplanung genannt. Pflegende Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege. Frauen fühlen sich darüber hinaus stärker belastet als Männer.

Ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nehmen im Rahmen der häuslichen Betreuung eine besondere Rolle ein. Ihre Pflege ist noch zeitintensiver als bei Nichtdementen. Die Belastungen der Pflegenden haben eine besondere Qualität, die vor allem mit den Persönlichkeitsveränderungen des Erkrankten zu erklären sind. Pflegende Angehörige von Demenzkranken leiden am „Auslöschen“ der gemeinsamen Biografie, schämen sich für das Verhalten des Kranken, sind hilflos gegenüber den Angstkrisen des Gepflegten, grübeln über potenzielle Gefährdungen, erleben einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten, wissen nicht, wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass nur noch der Umzug der pflegebedürftigen Person ins Heim als Ausweg bleibt.

Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufsarbeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, und durch informelle und formelle Netzwerke. Insgesamt spielen aber die formell geleisteten Arbeiten im Rahmen der Familienpflege nur eine untergeordnete Rolle. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe steigt zwar, wenn das informelle Stützsystem brüchig wird, und nimmt noch zu, wenn auch die helfende Person ein sehr hohes Alter hat. Sie wird eher

beansprucht, wenn die Erfahrungen mit Fremdunterstützung gut sind. Doch zeigen die Befunde eindeutig, dass die Barrieren zur Annahme von Hilfe noch immer in Gefühlen von Schuld und Versagen liegen, in Ängsten vor der Einmischung Fremder oder einfach in der Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Helferinnen und Helfer oder in Angehörigengruppen angeboten werden.

Zur Unterstützung pflegender Angehöriger, zur Erhaltung ihrer Gesundheit und damit zur Bewahrung der Ressource Familie als wesentliche Unterstützungsinstanz hochaltriger, hilfeabhängiger Familienmitglieder sollten dringend wirksame Maßnahmen zur Entlastung der Helferinnen und Helfer entwickelt und implementiert werden. Dabei sollte auch beachtet werden, dass alte Menschen nicht allein Empfänger von Hilfen sind, sondern in hohem Ausmaße auch selbst Erbringer von Pflegeleistungen. Ihrer sozialen Isolation und ihrem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Diensten sollte dringend entgegengewirkt werden.

4.3 Außerfamiliale soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement

4.3.1 Demographische Entwicklung

Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2000a) ist in den nächsten 30 Jahren mit einem Anstieg der über 65-Jährigen um ca. sieben Millionen – auf über 20 Millionen – zu rechnen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich von derzeit etwa 4 Prozent auf über 11 Prozent erhöhen. Bis 2050 wird die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa vier Millionen (d. h. 160 Prozent) zunehmen und die der über 90-Jährigen um eine Million (236 Prozent). Die zu erwartende Zahl der Demenzkranken wird sich (angesichts der exponenziellen Zunahmer dieser Störung mit dem Alter) bis zum Jahre 2050 mit geschätzten über 2 Mio. Kranken mehr als verdoppeln (Bickel 2001).

Diese Entwicklung wird begleitet von:

– einem fortschreitenden Wandel der Familienstrukturen mit Abnahme des Anteils alter Menschen, die mit anderen zusammenleben,

– Zunahme der Anzahl alter Menschen, die Ältere betreuen, und

– Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit mit geringer Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege.

Die Kernfamilie wird kleiner; es werden weniger Menschen innerhalb einer Generation in Familien leben, mehr jedoch in verschiedenen Generationen. Es entstehen mehrere kleine Haushalte, die dann zusammen als Familie bezeichnet werden (Backes 1996). Durch Scheidung und Wiederverheiratung kommt es immer häufiger vor, dass mehr als zwei Eltern und mehr als vier Großeltern ein und dasselbe Kind bzw. Enkelkind als das ihrige bezeichnen.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass bis etwa 2030 für die Gruppe der 70- bis 85-Jährigen mit keinen gravierenden strukturellen Engpässen im Vergleich mit den heute 70- bis 85-Jährigen zu rechnen ist. „Das Vorhandensein von (Ehe-)Partnern wird eher wahrscheinlicher, der Anteil der Kinderlosen wird kaum ansteigen, die Zahl der Kinder wird nicht dramatisch abnehmen, und auch die Zahl der Geschwister ist nicht in hohem Ausmaß rückläufig“ (Künemund & Hollstein 2000). Die Engpässe bezüglich der Familienangehörigen werden erst nach 2030 relevant, besonders in Bezug auf die Geschwister. Weitere Probleme ergeben sich aus der steigenden Zahl der Kinder und Enkelkinder, die mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern unterstützen sollten, was mit einer höheren Belastung und einer abnehmenden Verlässlichkeit verbunden sein könnte.

Auch die Zahl der pflegenden Töchter, die im bisherigen Versorgungssystem die wichtigste Rolle spielen, könnte abnehmen. Die Berufstätigkeit der Frauen senkt die Wahrscheinlichkeit, die häusliche Betreuung der Eltern zu übernehmen. Entscheidend ist hier die Berufstätigkeit selbst, nicht die tägliche Arbeitszeit (Dautzenberg et al. 2000). Eine Doppelbelastung durch Beruf und Pflege mit möglichen Nachteilen am Arbeitsplatz (z. B. häufigere Fehlzeiten, Verspätungen oder früheres Verlassen der Arbeitsstelle wegen der Zwänge der Pflege) (Tennstedt & Gonyea 1994) und mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität (Lechner & Gupta 1996) wird ohne einer informellen und formellen Unterstützung zu einem Rückzug aus der Pflege führen. Wenn 2,6 Prozent der Frauen, die berufstätig sind und häusliche Pflege leisten, sich aus der Pflege zurückziehen würden, blieben nach amerikanischen Modellrechnungen (Montgomery & Hirshorn 1991) 12,4 Prozent der pflegebedürftiger Menschen ohne informelle Unterstützung (bei einer Abnahme des Anteils der berufstätigen Frauen in der häuslichen Pflege um 5,2 Prozent wären sogar 19,7 Prozent der Pflegebedürftigen auf professionelle Hilfen angewiesen). Blinkert und Klie (2001) kommen in ihrer Berechnung zu ähnlichen Ergebnissen. Mit steigender Erwerbsquote der Frauen würde die Zahl der stationär in Heimen Versorgten in den Jahren 2040 und 2050 jeweils um etwa 200 000 steigen. Der Anteil würde sich von derzeit 30 Prozent auf rund 42 Prozent erhöhen.

Immer häufiger werden auch alte Töchter ihre sehr alten Eltern pflegen müssen. Bei der Betreuung alter Menschen ist der prozentuelle Anteil der 45- bis 50-jährigen Frauen am höchsten. Die Wahrscheinlichkeit, die Pflege der Eltern übernehmen zu müssen, steigt dagegen mit dem Alter der Eltern und der Töchter (Stone et al. 1987). Zwischen 37 Prozent und 48 Prozent aller Töchter der Altersgruppe 62 bis 70 Jahre pflegen ihre Eltern (Himes 1994). Bei einem Rückgang der Mortalität um ein Prozent jährlich für alle Altersgruppen (bei einer unveränderten Morbidität) würden innerhalb der nächsten 25 Jahre 23 Prozent der 65- bis 69-jährigen und 11 Prozent der 70- bis 74-jährigen Töchter noch Eltern haben. Bei einem Rückgang der Mortalität um ein Prozent jährlich in der Altersgruppe bis 69 Jahre und zwei Prozent bei den über 70-Jährigen erhöhen sich diese Zahlen auf entsprechend 32 Prozent und 20 Prozent, was bedeuten würde, dass pflegebedürftige Eltern auf die Unterstützung ihrer gesundheitlich beeinträchtigten Töchter angewiesen wären (Himes 1994).

Solche Entwicklung würde besonders in ländlichen Gebieten zu erheblichen Versorgungsproblemen führen. Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der über 85-Jährigen ist dort auf fremde Unterstützung angewiesen. Etwa 80 Prozent von ihnen erhält zu Hause informelle Hilfen, die überwiegend von Angehörigen, aber mit steigendem Alter im zunehmenden Maße von „fiktiven Angehörigen", Kirchengemeinden, Freunden und Nachbarn geleistet werden (Stoller 1996).

4.3.2 Soziale Netzwerke und Unterstützungspotenziale

Die Zusammensetzung und der Umfang der sozialen Netzwerke sowie bestimmte Merkmale der notwendigen Hilfeleistungen (z. B. Zeitaufwand und das Maß, in dem räumliche Nähe erforderlich ist) sind für die Art der Unterstützung entscheidend. Sind die bevorzugten Hilfsquellen – (Ehe-)Partnerin bzw. (Ehe-)Partner und Kinder – nicht vorhanden oder nicht verfügbar (z. B. wegen räumlicher Entfernung), so werden Freunde und Nachbarn (abhängig von den erwarteten Hilfeleistungen) noch vor anderen Verwandten gefragt (Künemund & Hollstein 2000).

Der Umfang der Unterstützung ist von der Konfiguration des sozialen Netzwerks abhängig. Litwin und Landau (2000) unterscheiden bei den über 75-Jährigen vier Typen von sozialen Netzwerken:

– Angehörigen-Netzwerk (ca. 22 Prozent), bestehend aus durchschnittlich bis zu zehn Personen, überwiegend Verwandten und Kindern, gekennzeichnet durch sehr enge Beziehungen,

– familienintensives Netzwerk (ca. 8 Prozent) mit durchschnittlich vier Personen, fast ausschließlich Kindern und weniger engen Beziehungen,

– auf Freunde zentriertes Netzwerk (ca. 28 Prozent) mit ca. neun Personen (fast die Hälfte Freunde) und eher lockeren Beziehungen und

– Netzwerk mit diffusen Bindungen (ca. 42 Prozent), ähnlich zusammengesetzt wie das Angehörigen-Netzwerk, bestehend aus etwa elf Personen mit überwiegend lockeren Beziehungen.

Die Hilfeleistungen waren innerhalb des Angehörigen-Netzwerkes am höchsten, gefolgt vom Netzwerk mit diffusen Bindungen und auf Freunde zentriertem Netzwerk. Überraschend gering waren Leistungen innerhalb des familienintensiven Netzwerks, was möglicherweise mit seinem geringen Umfang zusammenhängt.

Das soziale Netzwerk der Heimbewohner ist reduziert, jedoch nicht so stark, wie früher behauptet wurde. Es kann nicht von einer Isolation dieser Menschen gesprochen werden. Im Vergleich zur Normalbevölkerung kann eher von einem „reduzierten Normalnetzwerk" mit einigen alters- und lebensformbedingten Ausfällen, dagegen aber einer relativ hohen emotionalen Dichte und Fehlen an Belastungsbeziehungen, gesprochen werden. Auch der Bereich der Unterstützungsressourcen ist nur geringfügig reduziert und verändert sich kaum mit dem steigenden Alter. Die sozialen Netzwerke der Heimbewohner weisen somit im peripheren Bereich eine stärkere Reduktion auf, sind jedoch im subjektiv bedeutsamen Zentrum in ihren Größenverhältnissen nur leicht eingeschränkt (Enzlberger et al. 1992).

Bereits bei den über 75-Jährigen tritt die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit in den Vordergrund der Beschwerden (Roy et al. 1996). Die über 85-Jährigen brauchen wegen multipler chronischer Erkrankungen und Einschränkung der Mobilität regelmäßige Besuche und Unterstützung bei den besonders arbeitsintensiven Verrichtungen, wie Reinigung der Wohnung, Zubereitung der Mahlzeiten und Reparaturen im Haus. Pflegerische Unterstützung und Hilfen, die die Abhängigkeit fördern, werden überwiegend abgelehnt und beeinträchtigen das Wohlbefinden. Informelle Unterstützung wird eher akzeptiert als professionelle Angebote (Kivett et al. 2000). Symptome körperlicher Erkrankungen werden von alten Menschen zuerst im Rahmen der Selbstversorgung betrachtet, interpretiert und behandelt. Der Umgang mit Krankheiten wird früh im Leben erlernt, verstärkt durch Lebenserfahrungen und überprüft in Kontakten mit Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit Laien. Die Reaktion auf Erkrankung widerspiegelt und verstärkt somit die Bedeutung sozialer Beziehungen und Erfahrungen der betroffenen Personen (Dill et al. 1995). Symptome, die mit dem Alter assoziiert werden, werden überwiegend passiv ertragen, wobei die Einschätzung der Bedrohung durch die Erkrankung vor allem von der sozialen Lage und weniger vom Alter abhängig ist (Dean, K. 1992). Eine besondere Rolle spielen hier die „signifikanten anderen" – vertraute Menschen, die mit Rat und kleinen Hilfsdiensten dem Kranken zur Seite stehen.

Die Versorgungswünsche Hochaltriger hängen vom Grad der Beeinträchtigung und von den früheren Erfahrungen mit unterschiedlichen Versorgungssystemen ab. Während sich fast 50 Prozent der Betroffenen informelle Unterstützung bei Haushaltsführung oder plötzlicher Erkrankung wünschen, sind es nur etwa 25 Prozent, die diese Form der Hilfe im Falle einer Langzeitbetreuung wählen würden. Außerfamiliale informelle Hilfe wird in solchen Fällen überwiegend abgelehnt. Etwa 60 Prozent entscheiden sich dann für häusliche professionelle Pflege, fast 10 Prozent für die Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung (Wielink et al. 1997). Obwohl Frauen zu den Trägern der informellen Unterstützung gehören, empfangen sie im Bedarfsfall deutlich seltener diese Form der Hilfe (Mutchler & Bullers 1994). Alte pflegebedürftige Frauen, die nicht in der Nähe ihrer Kinder leben, entscheiden sich eher für stationäre Betreuung und lehnen professionelle häusliche Pflege auch dann ab, wenn die Beeinträchtigung nicht gravierend ist (Kelly et al. 1998).

Die Erwartungen alter Menschen und das tatsächliche Unterstützungspotenzial hängen von den Unterstützungsleistungen ab. Diewald (1991) ordnet sie drei wesentlichen Dimensionen zu:

– instrumentelle Leistungen, d. h. direkt mess- oder sichtbares Verhalten (z. B. praktische Hilfe, Information oder materielle Unterstützung),

– emotionale Hilfe (z. B. Vermittlung von Geborgenheit) und

– kognitive Unterstützung (z. B. Anerkennung oder Orientierung).

Die 70- bis 85-Jährigen halten vor allem (Ehe-)Partnerin bzw. (Ehe-)Partner und Kinder für die mit Abstand wichtigsten Unterstützungspersonen in allen drei Dimensionen.

Diese Beispiele zeigen, dass fehlende Unterstützung alter hilfsbedürftiger Menschen durch die nahen Angehörigen nur im geringen Umfang durch andere informelle Angebote ersetzt werden kann. Vor allem die Betreuung von demenzkranken hochaltrigen Menschen durch Angehörige in der Häuslichkeit wird auch in Zukunft die wichtigste, von den Betroffenen erwünschte und kostengünstigste Form der Versorgung bleiben. Unbestritten ist, dass die indirekten Kosten, vor allem der unbezahlte Betreuungsaufwand der Angehörigen von Demenzkranken (mit durchschnittlich sechs bis zehn Stunden täglich), bis zu zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen (Bickel 2001). Nach Schätzungen von Kern & Beske (1995) betrug der Anteil der indirekten Kosten durch Angehörigenpflege 1993 etwa 72 Prozent der Gesamtpflegekosten, d. h. ca. 46 Mrd. DM (23,5 Mrd. Euro). Die durchschnittlichen jährlichen direkten Pflegekosten wurden mit ca. 16 200 DM (8 283 Euro) errechnet (zum Vergleich – in den USA liegen die durchschnittlichen Medicaid-Ausgaben für einen Demenzkranken mit $ 14 492 etwa doppelt so hoch wie für die Kontrollgruppe ($ 6 334), wobei 86 Prozent der Kosten auf die stationäre Pflege entfallen (Martin, B.C. et al. 2000)). Würde z. B. als Folge der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung der Frauen die Zahl der stationär betreuten Demenzkranken um 200 000 zunehmen, so wäre dies mit zusätzlichen Kosten von mind. 3,24 Mrd. DM (1,65 Mrd. Euro) verbunden.

Eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit der gesundheitlich beeinträchtigten, besonders der demenzkranken, Menschen und eine intensive Unterstützung der pflegenden Angehörigen liegt somit im vitalen Interesse der Gesellschaft. Außerfamiliale informelle Unterstützung spielt dabei eine wichtige Rolle.

Tabelle 4-3

Rangfolge der Unterstützungspersonen (ohne Kontrolle für die Existenz) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)

Rang	Kognitives Potenzial	Emotionales Potenzial	Instrumentelles Potenzial
1.	Kinder (*57*)	Kinder (*49*)	Partner (*54*)
2.	Partner (*40*)	Partner (*42*)	Kinder (*51*)
3.	Freunde (*9*)	Freunde (*11*)	Nachbarn (*16*)
4.	Geschwister (*7*)	Geschwister (*8*)	Freunde (*10*)
5.	Andere Verwandte (*4*)	Andere Verwandte (*4*)	Enkel (*10*)
6.	Nachbarn (*3*)	Nachbarn (*4*)	Bezahlte Helfer (*8*)
7.	Andere Personen (*3*)	Andere Personen (*4*)	Geschwister (*6*)
8.	Enkel (*2*)	Enkel (*3*)	Andere Verwandte (*5*)

Quelle: Künemund & Hollstein 2000.

Tabelle 4-4

Rangfolge der Unterstützungspersonen (sofern existent) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)

Rang	Kognitives Potenzial	Emotionales Potenzial	Instrumentelles Potenzial
1.	Partner (*74*)	Partner (*76*)	Partner (*99*)
2.	Kinder (*65*)	Kinder (*56*)	Kinder (*56*)
3.	Freunde (*9*)	Freunde (*11*)	Nachbarn (*16*)
4.	Geschwister (*9*)	Geschwister (*10*)	Enkel (*13*)
5.	Andere Verwandte (*4*)	Andere Verwandte (*4*)	Freunde (*10*)
6.	Nachbarn (*3*)	Enkel (*4*)	Bezahlte Helfer (*8*)
7.	Enkel (*3*)	Nachbarn (*4*)	Geschwister (*7*)
8.	Andere Personen (*3*)	Andere Personen (*4*)	Andere Verwandte (*5*)

Quelle: Künemund & Hollstein 2000.

4.3.3 Freunde, Nachbarn

Enge freundschaftliche Beziehungen sind für alte Menschen von besonderer Bedeutung. Das Verlangen nach Geborgenheit und Sicherheit und der Wunsch, einer Gemeinschaft anzugehören, werden durch Freunde, weniger dagegen durch Kinder oder Ehepartnerinnen und Ehepartner, erfüllt (Mullins & Mushel 1992). Hilfe seitens der Freunde beeinflusst positiv eine depressive Symptomatik alter Menschen, während die Unterstützung durch Kinder weitgehend ohne Wirkung auf die Stimmung bleibt (Dean, A. et al. 1990). Über 77-Jährige, die auch nur gelegentliche Kontakte zu Freunden unterhalten, klagen seltener über gesundheitliche Beschwerden, als Menschen ohne Freunde (Lennartson 1999).

Freunde sind vor allem bei der Lösung von Problemen, bei denen die Gemeinsamkeit oder Ähnlichkeit von Erfahrungen eine Rolle spielen, besonders geeignet. Dazu gehören z. B. persönliche Gespräche (21,5 Prozent), Entscheidungssuche (17,5 Prozent) und emotionale Unterstützung (16 Prozent) (Töpfer et al. 1998; Künemund & Hollstein 2000). An der direkten Hilfe und Pflege sind sie dagegen in weit geringerem Umfang beteiligt. Die Angaben schwanken zwischen ca. zwei Prozent und zehn Prozent (Attias-Donfut 2001; Blinkert & Klie 2001; Töpfer et al. 1998), wobei Pflegebedürftige mit prekärem Netzwerk – wenn keine Angehörige in erreichbarer Nähe leben – mit 10 Prozent besonders häufig die Hilfe der Bekannten oder Freunde in Anspruch nehmen (Blinkert & Klie 1999b). Die Freunde helfen vor allem dann, wenn sie keine anderen Verpflichtungen haben. Sie sind eher bereit, bei akuten Erkrankungen (die Ausnahme bilden nur chronische psychische Störungen) oder im terminalen Stadium mit absehbarem Ende die Betreuung zu übernehmen (Emanuel et al. 1999). Es sind überwiegend ältere, nicht verheiratete und nicht mehr berufstätige Frauen, die Freunde pflegen (Himes & Reidy 2000). Wahrscheinlich ist dies durch die geschlechtsspezifische Qualität der Freundschaft bedingt. Freundschaft der Frauen ist personenzentriert, gefühlsreicher, gekennzeichnet durch Nähe, emotionale Unterstützung und Selbstlosigkeit und wird überwiegend sprachlich vermittelt. Männerfreundschaft ist dagegen aktivitätsorientiert, stützt sich auf gemeinsame Erfahrungen und ist eng mit sozialen Rollen verbunden (Phillipson 1997).

Die Rolle der Nachbarn in der Unterstützung hochaltriger Menschen findet in der Fachliteratur wenig Beachtung. Töpfer et al. (1998) erwähnen die Nachbarn als wichtigen Bestandteil des sozialen Netzwerkes. Sie leisten mehr Unterstützung als Freunde, werden aber auch fast im gleichen Umfang unterstützt. Nachbarn sind besonders wichtig für Aufgaben, die Präsenz in der Wohngegend oder das Wissen über die Wohngegend erfordern oder sehr schnell erfolgen müssen, wie z. B. erste Hilfe bei Unfällen, kleine Einkäufe. Die Unterstützung durch Nachbarn und Freunde beginnt meistens schleichend, z. B. als Begleitung bei Einkäufen oder Arztbesuchen und nimmt im Laufe der Zeit zu. Mehrere Kontakte am Tage und bis zu 20 Stunden in der Woche sind nicht selten. Neben engen freundschaftlichen Beziehungen wirken frühere gegenseitige Hilfeleistungen und die Persönlichkeit der betreuten Person („freundlich“, „Sinn für Humor“, „immer zufrieden“) motivierend auf die Helfer (Nocon & Pearson 2000).

Einen wichtigen und noch wenig bekannten Bestandteil sozialer Netzwerke alter kinderloser Menschen (vor allem Frauen) bilden so genannte „fiktive Familienmitglieder“. Es handelt sich überwiegend um lebenslange Beziehungen, die bereits in der Kindheit oder frühen Jugend geknüpft wurden. Sie sind durch große Nähe, intensive Kontakte und Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe gekennzeichnet (Mac Rae 1992).

4.3.4 Glaubensgemeinden, Vereine und Verbände

Die Mitgliedschaft in sozialen oder politischen Organisationen erhöht die Wahrscheinlichkeit regelmäßiger Kontakte und Hilfeleistungen in schwierigen Lebenslagen.

Tabelle 4-5

Soziale Kontakte

	70 Jahre und älter		Gesamt	
	West	**Ost**	**West**	**Ost**
	in %			
(Ehe-)Partner vorhanden	*44*	*44*	*70*	*72*
Keine Freunde	*28*	*28*	*14*	*15*
Gefühl der Einsamkeit	*27*	*38*	*16*	*16*
Anzahl der Freunde (Durchschnitt)	*3,0*	*2,9*	*3,5*	*3,6*
Treffen mit Freunden (tgl.)	*14*	*19*	*13*	*14*
Gute Kontaktmöglichkeiten	*71*	*57*	*81*	*73*

Quelle: Noll & Schöb 2001; Basisdaten: Wohlfahrtssurvey 1998.

Leider findet im Alter ein Rückzug aus Vereinen und Organisationen statt, was durch gesundheitliche Beeinträchtigung, Einschränkung des Aktivitätsspielraums, aber auch durch Mangel an geeigneten, altersgerechten Angeboten bedingt sein kann (Noll & Schöb 2001).

Die über 70-jährigen Westdeutschen partizipieren überdurchschnittlich häufig in kirchlichen Vereinen. Kirche kann somit den pflegenden Angehörigen der Demenzkranken wichtige praktische Unterstützung und Entlastung bieten. Erfahrungen aus den USA zeigen (Stuckey 1998), dass Kirchengemeinden eine wichtige Rolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger, vor allem bei der Bewältigung der zunehmenden physischen und psychischen Belastung spielen können, vorausgesetzt, dass sie:

– nicht erwarten, dass betreuende Angehörige um Hilfe bitten werden,
– Hilfsangebote möglichst individuell gestalten,
– enge Kontakte mit den Betroffenen herstellen,
– sowohl den Betreuenden als auch den Betreuten unterstützen,
– die Geistlichen und Gemeindemitglieder über die Besonderheiten der Demenz aufklären und entsprechend vorbilden und
– breit über die Möglichkeiten der direkten Unterstützung (und bestehende Angebote) seitens der Kirche informieren.

Im schwedischen „Circle-Model“ werden Geistliche entsprechend ausgebildet und übernehmen die Leitung der Gruppen für pflegende Angehörige und helfende Freiwillige, die stundenweise die Kranken versorgen und so betreuende Personen entlasten (Jansson et al. 1998). Die Geistlichen sind für diese Funktionen besonders geeignet, da sie Erfahrung im Umgang mit Krisensituationen haben. Außerdem kennen sie die meisten älteren Menschen in ihrer Gemeinde und genießen ihr Vertrauen.

Menschen, die in belastenden (Pflege-)Situationen in der Religion Zuflucht finden, sind bescheidener, gehorsamer und weniger aggressiv als nicht religiöse Vergleichsgruppen. Im Laufe der Zeit werden religiöse Männer weniger ehrgeizig und gleichgültiger gegenüber den Urteilen der Umgebung. Frauen zeichnen sich durch eine zunehmende Entspannung und innere Ruhe aus (Koenig et al. 1990). Lebenszufriedenheit alter Menschen steigt mit der Intensität ihrer subjektiven Religiosität, ist aber von der Anbindung in die kirchliche Organisation oder vom Glauben an die Beziehung zu Gott unabhängig (Krause, N. 1993). Religiosität vermittelt den alten Chronischkranken das Gefühl, ihre Gesundheit beeinflussen zu können und mindert so den Stress (Grosse-Holtforth et al. 1996).

Aktivitäten in Organisationen und Vereinen bieten einen geeigneten Rahmen für soziale Kontakte auch im hohen Alter. In der Literatur (z. B. Young & Glasgow 1998) werden „instrumentelle Organisationen“ (z. B. Parteien, Gewerkschaften oder Vereinigungen), die gesellschaftliche Interessen vertreten und „expressive Organisationen“ (z. B. Sportvereine oder kulturelle Organisationen), die der Unterhaltung, Bildung usw. ihrer Mitglieder dienen sollen, unterschieden. Religiöse Organisationen lassen sich meistens keiner der beiden Formen eindeutig zuordnen und werden in den Studien separat behandelt (Cohen, S. et al. 1997).

Aktivitäten in „instrumentellen Organisationen“ sind mit einer signifikant positiveren subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes bei Männern und Frauen verbunden. Tätigkeit in „expressiven Organisationen“ beeinflusst dagegen nur bei Frauen positiv die Gesundheit (Young & Glasgow 1998). Männer, die sich im Rahmen der Gemeindearbeit (Mitarbeit in Besuchsdiensten, Organisation von Gruppen und sozialen Aktivitäten) engagieren, weisen eine höhere Lebenszufriedenheit sowie eine geringere Depressivität und Hoffnungslosigkeit auf als die nicht sozial Engagierten. Die Gruppenunterschiede vergrößern sich zudem mit zunehmendem Alter (Krampen 1988). Die

Tabelle 4-6

Gesellschaftliche Beteiligung alter Menschen

Mitgliedschaft (in %)	70 Jahre und älter		Gesamt	
	West	Ost	West	Ost
Gewerkschaft	*4*	*5*	*12*	*13*
Partei	*5*	*4*	*4*	*3*
Bürgerinitiative	–	–	*1*	*1*
Kirchlicher Verein	*16*	*2*	*9*	*3*
Gesangverein	*8*	–	*7*	*2*
Sportverein	*9*	*2*	*28*	*12*
Anderer Verein, Organisation	*22*	*16*	*22*	*14*
Kein Verein, Organisation	*52*	*72*	*42*	*62*

Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Mortalität alter Männer und Frauen, die in keiner sozialen Gruppe aktiv sind, ist signifikant höher als die der sozial aktiven Menschen (Baumann et al. 1998).

4.3.5 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen, allen voran Alzheimer Gesellschaften, leisten die wichtigste informelle Unterstützung für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Alzheimer Gesellschaften vertreten die Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen, klären die Öffentlichkeit auf, kämpfen um bessere Qualität der Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Pflege Demenzkranker und unterstützen innovative Projekte sowie Versorgungsforschung im Bereich der Demenz.

Zurzeit sind in Deutschland ca. 300 Alzheimer-Angehörigengruppen und Alzheimer Gesellschaften tätig. In der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sind acht Landesverbände und 61 Alzheimer Gesellschaften als ordentliche Mitglieder (mit Vereinsstatus) eingetragen. Darüber hinaus gibt es in etlichen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften. Eine Übersicht der Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften auf unterschiedlichen Ebenen gibt Tabelle 4-7.

Tabelle 4-7

Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
1. Interessenvertretung Kontakte	– Politische Lobbyarbeit auf Bundesebene – Stellungnahmen zu Bundesgesetzen – Kontakte zu Spitzenverbänden (Kranken- und Pflegekassen, Bundesärztekammer, KBV, MDK) – Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.)	– Politische Lobbyarbeit auf Landesebene – Stellungnahmen zu Landesgesetzen – Kontakte zu sozialen Verbänden, Einrichtungsträgern, Landeskammern – Landesweite Arbeitskreise (z.B. Landespflegeausschuss)	– Politische Lobbyarbeit auf Kommunalebene – Parteiliche Stellungnahmen für örtliche demenzbezogene Entscheidungen – Kontakte zu Einrichtungen und örtlichen Verbänden – Lokale Arbeitskreise (z.B. gerontopsychiatrische Arbeitskreise) – Kontakte zu Ärzten, Kliniken, Psychologen, sozialpsychiatrischen Diensten usw.
2. Öffentlichkeitsarbeit	– Internationale/nationale Kongresse – Weltalzheimertag (zentrale Veranstaltung, Bundespressekonferenz, Materialien) – Pressearbeit (regelmäßige Presseerklärungen) – Transparenz über Aktivitäten (monatliche Tätigkeitsberichte) – Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes – Entwicklung eines einheitlichen Erscheinungsbildes, z. B. Logo (Corporate Identity)	– Landesweite Fachtagungen – Weltalzheimertag (Pressearbeit), Landesveranstaltung – Pressearbeit – Transparenz über Aktivitäten nach oben und unten – Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes – Vertreten des Erscheinungsbildes	– Regionale/Lokale Veranstaltungen – Weltalzheimertag (lokale Veranstaltung, Infostände, örtliche Pressearbeit) – Beteiligung an Gesundheits- und Behindertentagen – Pressearbeit – Transparenz über Aktivitäten – Entwicklung eines gemeinsames Leitbildes – Vertreten des Erscheinungsbildes

noch Tabelle 4-7

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
3. Beratung, Information, Unterstützung	– Erstellung von Publikationen /Materialen (Leitfaden, Alzheimer Info usw.) – Übergeordnete Internetpräsenz mit überregionalen Adressen und Informationen, Vernetzung mit den Landesverbänden und örtlichen Gesellschaften, Kommunikationsforen – Beratung von Angehörigen nur als Erstkontakt und Weitervermittlung – Service (Information und Beratung) für Landesverbände (Mitgliedschaften)	– Faltblätter, Ratgeber mit Landesinformationen – Internetpräsenz – Beratung von Angehörigen und gegebenenfalls Weitervermittlung – Service (Information und Beratung) für die lokalen Initiativen	– Ratgeber mit lokalen Adressen und regelmäßige lokale Mitteilungen – Internetpräsenz (eigenständig oder über Bundesverband möglich) – Beratung und Begleitung von Angehörigen – Angehörigengruppen – Bibliothek / Buchausleihe
4. Qualifizierung/Fortbildung	– Vermittlung von Referenten – Modellhafte Entwicklung von Fortbildungsangeboten (z.B. Angehörigenkursen)	– Vermittlung von Referenten („Fortbildungsbörse“) – Seminare und Fortbildungen für Multiplikatoren (Pflegefachkräfte, (Wohn)GruppenleiterInnen usw.)	– Referenten – Angehörigenschulungen – Fortbildungen für regionalen Bedarf, z.B. für Einrichtungen
5. Finanzielle Aktivitäten	– Finanzierung von Modellvorhaben/Projekten (wenn Mittel vorhanden) – Fördermitgliedsbeiträge – Deutsche Alzheimer Stiftung – Fundraising / Directmailing – Kontakte zu Pharmafirmen	– Akquisition von Landesmitteln – Sponsoring durch im Land tätige Unternehmen – Kontakte zu Pharmafirmen – Mitglieder-, Spendenwerbung – Bußgelder (wenn nicht durch örtliche Gesellschaften abgedeckt)	– Akquisition von kommunalen Geldern – Sponsoring durch örtliche Firmen – Kontakte zu Pharmafirmen – Mitglieder- und Spendenwerbung – Bußgelder
6. Koordination, Organisation	– Bildung von Arbeitskreisen zu übergreifenden Themen – Zusammenkünfte zu Strategiefragen mit den Landesverbänden – Überblick über vorhandene Modellvorhaben und ggf. Koordination – Veranstaltungskalender (internationale und nationale Ebene) – Unterstützung von Forschung (jährliche Ausschreibung)	– Hilfen und Unterstützung beim Aufbau von örtlichen Gruppen – Laufende Unterstützung und Koordination der örtlichen Alzheimer Gesellschaften und Gruppen – Strategiefragen mit den lokalen Initiativen – Veranstaltungskalender (Landesebene)	– Organisation und Koordination von regionalen und örtlichen Initiativen

noch Tabelle 4-7

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
7. Projekte, Trägerschaft	– Zentrales Alzheimer-Telefon	– Kooperation mit Einrichtungsträgern – Organisation von Urlaubsangeboten für Angehörige mit Demenzkranken – Bundesmodellprojekte	– Trägerschaft von Einrichtungen (z. B. Tagespflege Wetzlar) – Kooperation mit Einrichtungsträgern – Organisation von Freizeit- und Urlaubsangeboten – Betreuungsgruppen – HelferInnenkreise – Beratungsstellen (mit verschiedenen Angeboten z. B. Tanzcafé) – Bundesmodellprojekte

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001

Die Entlastung pflegender Angehöriger steht im Vordergrund der Aktivitäten. Neben Beratung über Besonderheiten der Betreuung Demenzkranker, bestehende Hilfsangebote sowie gesetzliche Bestimmungen und Rechte der Kranken und der Pflegenden, sind die Gruppen für Angehörige von Demenzkranken die wichtigste Form der indirekten Unterstützung der Betroffenen. „Unter Angehörigengruppen sind alle regelmäßigen Zusammenkünfte pflegender Angehöriger zu verstehen, die den Sinn und Zweck haben, ihre Lebenssituation zu thematisieren sowie Entlastung und Unterstützung anzubieten. Erfasst sind darunter sowohl Gruppen, die überwiegend auf Information ausgerichtet sind, als auch solche, in denen Gespräche im Vordergrund stehen“ (Jansen, S. et al. 1999). Die Angehörigengruppen dienen der Informationsvermittlung, Hilfestellung, Anregung von Lernprozessen, Verhaltensänderung gegenüber den Erkrankten und der Prävention.

1999 waren in Deutschland 189 Angehörigengruppen aktiv, mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 9,3 (4 bis 18) pro Gruppe. Das durchschnittliche Alter der Gruppenteilnehmer lag bei 58,3 Jahren. 73,4 Prozent aller Gruppen trafen sich einmal pro Monat für 1,5 Stunden bis zu 2 Stunden. 56,1 Prozent aller Gruppen wurden von einer professionellen Fachkraft geleitet oder begleitet. Nur 28,3 Prozent der Gruppen waren an keinen Träger gebunden. Bei 11,1 Prozent der Fälle waren sie mit der Alzheimer Gesellschaft verbunden. Die Gruppenarbeit konzentrierte sich auf folgende Inhalte (Mehrfachnennung möglich):

Erfahrungsaustausch	*100 %*
Vorträge hören	*83,1 %*
Geselligkeit	*45,6 %*
Pflegetechniken lernen	*39,3 %*
therapeutische Arbeit	*38,2 %*
Entspannungstechniken lernen	*23,8 %*
sonstige Beschäftigung	*8,3 %*

Quelle: Jansen, S. et al. 1999

68,6 Prozent der Teilnehmer bewerten den Entlastungseffekt des Gruppenbesuchs mit „hoch“, 26,7 Prozent mit „mittel“ und nur 4,7 Prozent mit „niedrig“. In Bezug auf Unterstützung wurden folgende Wünsche (Mehrfachnennung möglich) geäußert:

Information	*45,5 %*
Betreuung der Kranken	*45,5 %*
Referenten	*34,1 %*
Moderation/Anleitung der Gruppe	*10,6 %*
Anbindung an eine Institution	*6,8 %*
Sonstiges	*29,5 %*

Quelle: Jansen, S. et al. 1999

Direkte Hilfe bieten den pflegenden Angehörigen Betreuungsgruppen für Demenzkranke. In der Regel werden in solchen Gruppen sechs bis acht Kranke einmal pro Woche etwa drei Stunden lang gegen ein geringes Entgelt betreut. Die Angehörigen können diese Zeit für Einkäufe oder andere Aktivitäten nutzen, haben aber auch die Möglichkeit, einen anderen Umgang mit den Kranken kennen zu lernen und zu üben. In Baden-Württemberg existieren bereits über 60 solcher Gruppen, und ihre Zahl wächst ständig (Kern, S. 2001).

Stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen zu Zeiten, wo sie ihre Hauptbelastung sehen oder das Gefühl haben, „nicht mehr zu können“, erweist sich als eine besonders effektive Form direkter Hilfe. Die Zugangsschwelle ist sehr niedrig. Die Qualität des Angebots ist bei einer guten Fortbildung und Begleitung der Helferinnen und Helfer oft der Qualität professioneller Dienste überle-

gen. Große Flexibilität der Hilfsdienste, Konstanz der beteiligten Personen und Langfristigkeit des Entlastungsangebotes fördern das Vertrauensverhältnis zwischen der „Ersatzbezugsperson“ und dem Kranken und erleichtern erheblich die Betreuung. Bei einer Aufwandsentschädigung von derzeit etwa 15 DM (7,6 Euro) pro Stunde ist dieses Angebot zudem sehr preiswert (Pilgrim & Tschainer 1998).

Urlaubsangebote für pflegende Angehörige mit den Demenzkranken sind eine weitere wichtige Form der Entlastung. Die Betreuung Demenzkranker wird von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern oder Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschülern übernommen. Angehörige können sich am Tage zurückziehen, haben aber auch Gelegenheit, sich an den pflegerischen Maßnahmen zu beteiligen, in Gesprächsgruppen ihre Probleme zu bearbeiten und zu lernen, mit der Belastung besser umzugehen. Bei Verhinderung der Pflegeperson gewährleisten die meisten Pflegekassen den mitreisenden Angehörigen Zuwendungen in Rahmen der häuslichen Pflege. Zu besonders erfahrenen Einrichtungen dieser Art gehört „Betreuter Urlaub für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen im Ostseebad Boltenhagen“. Von der Landesarbeitsgemeinschaft der Alzheimer Gesellschaften in Nordrhein-Westfallen vor fünf Jahren erstmals organisiert, bietet diese Einrichtung jährlich ca. 180 Alzheimerkranken mit ihren Angehörigen eine zweiwöchige Erholung. Inzwischen trägt auch die Alzheimer-Angehörigen-Initiative Berlin e.V. im besonderen Maße zu Pflege und Betreuung bei (Springman 2001).

Durch kulturelle und gesellschaftliche Angebote gelingt es den Alzheimer Gesellschaften, die soziale Isolation der Kranken und pflegenden Angehörigen zu überwinden. Dazu gehören Alzheimer-Tanzcafés (z. B. in Bochum oder Berlin), wo Angehörige und Kranke regelmäßig in vergnüglicher Atmosphäre ihre Krankheit und Probleme für wenige Stunden vergessen und ihre Beziehung aus anderer Perspektive betrachten können. Einige Augenblicke der Normalität und Entspannung bieten auch Alzheimer-Gottesdienste (z. B. in Bochum, Hamburg, Rieseby) (Schulz 2001).

Viele Angehörige setzen auch nach dem Tod „ihres“ Demenzkranken ihre Aktivitäten in der Alzheimer Gesellschaft fort; einige Gesellschaften organisieren zusammen mit Altenpflegeschulen besondere Betreuungsangebote oder bilden Freiwillige und ehemalige Altenpflegerinnen im Umgang mit Demenzkranken aus und vermitteln sie an pflegende Angehörige.

4.3.6 Freiwilliges Engagement

Ehrenamtliche Hilfe, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftliches Engagement werden unter dem Oberbegriff „freiwilliges Engagement“ zusammen gefasst. Die Ergebnisse des „Freiwilligensurvey 1999“ (Bischoff, S. 2000) zeigen, dass Menschen bis ins hohe Alter freiwillig und in allen gesellschaftlichen Bereichen engagiert sind. Von den 60- bis 69-Jährigen sind 31 Prozent (davon 60 Prozent Männer und 40 Prozent Frauen) freiwillig engagiert. Bei den über 70-Jährigen sinkt die Engagementquote auf 20 Prozent ab (davon 53 Prozent Männer und 47 Prozent Frauen), was wahrscheinlich durch zunehmende körperliche und psychische Einschränkungen mitbedingt ist.

Parteien, Gewerkschaften und Firmen bieten vor allem auf lokaler Ebene einen organisatorischen Rahmen zur Kontaktförderung, Geselligkeit und Freiwilligenarbeit. So sind z. B. in der Stiftung „Betreuungswerk“ der Unternehmen Post, Postbank und Telekom zz. fast 5 700 ehrenamtliche Seniorenbeiräte in nahezu 1 000 Gremien tätig. Die Angebote der Seniorenarbeit stehen den fast 460 000 ehemaligen Beschäftigten und ihren Angehörigen offen. Neben gesellschaftlichen Veranstaltungen, kulturellen Angeboten und Hobbygruppen (Seniorentanz, Wandern, Sport usw.), bilden Besuchsdienste den Schwerpunkt der Arbeit. Besucht werden vor allen kranke, behinderte, pflegebedürftige oder allein stehende Seniorinnen und Senioren, die an den geselligen Veranstaltungen nicht teilnehmen können.

Seniorinnen und Senioren, die keiner Organisation angehören, sich aber freiwillig engagieren wollen, erhalten entsprechende Informationen bzw. werden vermittelt durch Freiwilligenagenturen, Ehrenamtsagenturen oder Kontaktbörsen für Ehrenamtliche. In der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (BAGFA) sind zz. über 100 solcher Einrichtungen aufgelistet. Neben Freiwilligenagenturen gibt es seit acht Jahren Seniorenbüros, die neben spezieller Beratung für Seniorinnen und Senioren, die sich freiwillig engagieren wollen, auch Fortbildungsveranstaltungen und Vermittlung von freiwillig Engagierten organisieren. Von insgesamt 166 Seniorenbüros sind 67 in der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS) organisiert.

Alte Menschen, die in bestimmten Bereichen noch leistungsfähig, bei besonderen Diensten jedoch auf fremde Hilfe angewiesen sind, können im Rahmen der Tauschringe (z. B. Kreuzberger Nachbarschaftshilfe in Berlin) eigene Serviceleistungen gegen fremde Unterstützung ohne Geld in Anspruch nehmen. Die Mitglieder eines Tauschrings treffen sich einmal monatlich, lernen sich persönlich kennen und erfahren auch, welche Austauschangebote vorliegen. In den letzten sieben Jahren sind in Deutschland etwa 280 Tauschringe entstanden. Für alte Menschen, die in ihrer unmittelbaren Umgebung über keine Hilfebeziehungen verfügen oder aus dieser Umgebung keine Hilfe annehmen wollen, werden von verschiedenen Trägern in Absprache mit den Handwerkskammern ehrenamtliche Dienste organisiert, wo ehemalige Schreiner, Maurer, Architekten und Hobbyhandwerker im Alter zwischen 60 und 90 Jahren kleinere Reparaturen für ein Taschengeld von etwa 25 DM (13 Euro) pro Tag erledigen (Beispiel: „Rentnerblitz“ der Landeskirche Darmstadt).

Von besonderer Bedeutung sind ehrenamtlich geleistete Besuchsdienste. Das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess bei Berentung, der Tod des Ehepartners oder der Freunde und das Leben im Einzelhaushalt können mit einer zunehmenden sozialen Isolation verbunden sein und die Erreichbarkeit durch informelle außerfamiliale Hilfsangebote erschweren. Allein stehende, gesundheitlich beeinträchtigte und finanziell schlechter gestellte Menschen sind besonders durch soziale Isolation gefährdet (Rubinstein et

al. 1994). Isolation wiederum kann bei Hochaltrigen zu einer zunehmenden Vernachlässigung, zu Körperschwäche und zum Tod durch Verhungern führen. Unter den 758 über 60-jährigen Personen in den USA, die zwischen 1979 und 1985 an Hunger verstorben sind, waren 39,3 Prozent älter als 85 Jahre (Macey & Schneider 1995). Diese Gruppe der „subklinisch unglücklichen und ungesunden alten Menschen“ (Mc Neil 1995) wird von professionellen Helferinnen und Helfern und Diensten wegen der geringeren Ausprägung der Symptomatik nicht erreicht. Die Symptome sind andererseits aber schwer genug, um die Betroffenen an der Teilnahme an den Angeboten für Seniorinnen und Senioren oder der Suche nach Unterstützung zu hindern. Regelmäßige Hausbesuche im Rahmen der organisierten Nachbarschaftshilfe erlauben, rechtzeitig eine prekäre Situation zu erkennen und entsprechende Dienste einzuschalten. Die Gespräche und Begleitung der Betroffenen haben darüber hinaus therapeutische Wirkung. Bereits drei ca. 20 bis 40minütige Spaziergänge pro Woche in Begleitung einer fremden Person verbessern signifikant subjektive Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen (Mc Neil 1995).

In hohem Maße auf die Hilfe von freiwillig Engagierten angewiesen sind die körperlich behinderten oder psychisch kranken (z. B. demenzkranken) Heimbewohner ohne Angehörige. Regelmäßige Gespräche, Vorlesen, Spaziergänge, Ausfahrten, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen in und außerhalb der Einrichtung, Einkäufe werden wegen hohen Zeitaufwands von den professionellen Mitarbeitern nicht geleistet. Die Vorbereitung von Festen und Kulturveranstaltungen, Spiel- und Sammelaktionen sowie Unterstützung der Mitarbeiter der Einrichtungen bei der Verwirklichung wichtiger Projekte, wie z. B. Nachtcafés, Biografiearbeit mit Erinnerungspflege, Fortbildungsveranstaltungen gehören zu weiteren wichtigen Aufgaben der „Freundeskreise“ und des freiwilligen Engagements in der Pflege (Steiner 2000).

In den 211 Hospizen und Hospizinitiativen in Deutschland begleiten freiwillig Engagierte – nach einer spezifischen Fortbildung und Vorbereitung auf ihre Tätigkeit – sterbende Menschen. Sie erfüllen zum Teil gleiche Aufgaben wie hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es wird von ihnen deshalb ein hoher Grad an Professionalität und Verlässlichkeit gefordert, die nur über regelmäßige Fortbildung und Supervisionen zu erreichen sind (Hinse 2001).

Freiwilliges Engagement kann somit für die Beteiligten mit einer erheblichen zeitlichen und psychischen Belastung verbunden sein. Dass sie trotzdem geleistet wird, hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass durch sie die Wünsche nach Sinngewinnung, nach Selbstentfaltung und persönlicher Befriedigung erfüllt werden. Die freiwillig engagierten Seniorinnen und Senioren wollen untereinander kommunizieren und spontan Erfahrungen austauschen, mitreden und mitentscheiden können und von den Professionellen als gleichrangig behandelt werden.

Aktivitäten, verbunden mit sozialen Interaktionen, „nützlichen“ Tätigkeiten, intellektueller Anregung und Freude, verbessern das Wohlbefinden. Alle Aktivitäten dagegen, die lediglich helfen sollen, die Zeit „totzuschlagen“, haben eine negative Wirkung (Everard 1999).

Das Potenzial des freiwilligen Engagements kann in den nächsten Jahren stabilisiert und gestärkt werden durch:

– frühzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Stärkung individueller Selbsthilfe,
– individuelle Teilhabe und Aktivierung von Seniorinnen und Senioren sowie die gesellschaftliche Nutzung ihrer Kenntnisse und Erfahrungen,
– nachbarschaftliche und gruppenbezogene Selbsthilfe,
– Weiterbildung und Beratung engagementbereiter und -interessierter Seniorinnen und Senioren,
– Projektarbeit und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder und Verantwortungsrollen für das Engagement älterer Menschen sowie
– Stärkung des Engagementpotenzials der Älteren in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Tätigkeitsfeldern (Bischoff, S. 2000).

Dabei soll berücksichtigt werden, dass nicht alle an ehrenamtlicher Arbeit Interessierten für jede Aufgabe geeignet sind und mit zunehmendem Alter oft ein Zustand erreicht wird, wo die Betroffenen durch die Kompliziertheit der Aufgaben überfordert werden. Erfahrungen aus anderen Ländern (z. B. Rotem 2000) zeigen, dass in der Zukunft angesichts der vorzeitigen Berentungen und einer deutlichen Verlängerung der postberuflichen Lebensphase immer mehr noch recht junge und aktive Menschen für anspruchsvolle ehrenamtliche Tätigkeiten zur Verfügung stehen werden. Solche Tätigkeiten werden oft als eine neue Karriere aufgefasst. Es ist zu erwarten, dass in diesem Bereich das Angebot an freiwillig Engagierten größer sein wird als die Nachfrage, was zu einem Verdrängungswettbewerb und Nachteilen für ältere ehrenamtliche Mitarbeiter führen könnte. Der Zwang zum Rücktritt von einer ehrenamtlichen Funktion kann auf die Betroffenen traumatisierend wirken, mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Resignation und Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben verbunden sein. Hier werden neue Organisationsformen und eine professionelle Begleitung und Beurteilung der Belastbarkeit der Beteiligten notwendig.

4.3.7 Bedeutung der Haustiere

Haustiere können als ein Teil des sozialen Netzwerks betrachtet werden. Tierhaltende entwickeln eine emotionale Bindung zu ihrem Haustier, die ähnlich dem Verhältnis zwischen Eltern und Kind eine Asymmetrie aufweist (Endenburg 1995), jedoch für beide Seiten nützlich ist. So ist z. B. der Hund von der Pflege des Menschen abhängig, vermittelt ihm aber ein Gefühl von Sicherheit (Collins & McNicholas 1998). Haustiere wirken in akuten Stresssituationen unterstützend und reduzieren die Belastungen (Garrity & Stallones 1998).

Ein Haustier gibt allein stehenden alten Menschen das Gefühl, gebraucht zu werden. Es kann über den Verlust einer geliebten Person hinwegtrösten und es kann helfen, neue

Kontakte zu knüpfen. Es bewahrt so vor Vereinsamung. Die Anhänglichkeit des Tieres bleibt auch dann bestehen, wenn andere Menschen aufgrund körperlicher oder geis-tiger Beeinträchtigung des Betroffenen alle Kontakte mit ihm abgebrochen haben. Emotionale Bedürfnisse werden befriedigt und das Selbstwertgefühl wird gestärkt. Haustiere zwingen zu einer gewissen Strukturierung des Tages, fördern körperliche Beweglichkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie Wahrnehmungsvermögen, indem sie ungeteilte Aufmerksamkeit auf sich lenken (Havel 1996). Hundebesitzer stellen bei der Frage „Was hat die größte Bedeutung in Ihrem Leben?“ das Tier gleich hinter „einen Menschen, dem man vertrauen kann“. Tiere bauen die Hemmungen, aufeinander zuzugehen, ab. So neigen Haustierhalter stärker zu körperlicher Nähe, Gesprächen und freundschaftlichen Beziehungen. Tägliche Sorge um ein Lebewesen verbessert subjektive Gesundheit und scheint die Lebenserwartung zu erhöhen. Auch objektive Gesundheit wird positiv beeinflusst durch regelmäßige körperliche Aktivitäten. Haustiere können auch das Gefühl von Sicherheit vermitteln und vor Gefahren warnen, z. B. bei Rauchentwicklung. Dies kann bei einer starken Beeinträchtigung des Geruchssinns und der Sehkraft alter Menschen lebensrettend sein.

Die Bedeutung der Haustiere im Alter wird noch nicht allgemein erkannt. Die Haustierbesitzrate ist bei alten Menschen weit niedriger als beim Rest der Bevölkerung (Iannuzzi & Rowan 1991). Vor allem schränken die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter die Bereitschaft ein, sich ein Tier anzuschaffen. Wenn solche Menschen sich dennoch für ein Tier entscheiden, entwickeln sie eine enge und spezifische Bindung zu ihm (Verderber 1991). Das Tier (besonders der Hund) wird zum einzigen Freund, vermittelt das Gefühl des Gebrauchtwerdens und gibt dem Leben einen Sinn (Peretti 1990).

Eine Reihe empirischer Untersuchungen (Bergler 2000) zeigt, dass Haustiere vor allem die Bedürfnisse alter Menschen nach:

- Freunden, Kameraden, Gesprächspartnern,
- Übernahme von Verantwortung,
- Spiel und Zärtlichkeit,
- Verständnis,
- Ablenkung vom Alltag,
- Lebensfreunde und
- Gemütlichkeit, Atmosphäre, Ruhe erfüllen.

Ältere Menschen, die mit Haustieren zusammenleben, erleben sich (im Vergleich mit Gleichaltrigen ohne Haustiere, aber in ähnlicher sozialer Lage) als:

- sympathischer,
- temperamentvoller,
- zärtlicher und
- weniger einsam (Bergler 2000).

Auch in Altenheimen führen Tiere zu einer nachhaltigen Veränderung und Verbesserung des Lebensstils und der Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner. Bereits ein Wellensittich im Wohnbereich beeinflusst nachhaltig das Gefühlsleben, die Aktivitäten und die Kommunikation der Heimbewohner. Es kommt zu:

- Erhöhung des persönlichen Aktivitätsniveaus,
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten, wie Beobachtung, Wahrnehmung, Lernen und Kommunizieren,
- Bereicherung des alltäglichen Erlebens um neue Reize,
- Entwicklung neuer Gruppenbeziehungen und einem Abbau der Einsamkeitsgefühle und Ängste,
- Intensivierung der Kontakte mit Personal, Familie und Freunden,
- Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes und
- neuem Erleben von Glück, Fröhlichkeit, Freundlichkeit und Wohlbefinden (Bergler 2000).

Leider werden sie immer noch in vielen Institutionen nicht akzeptiert oder können nicht versorgt werden, wenn der Besitzer oder die Besitzerin wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung diese Aufgabe selbst nicht mehr erfüllen kann. Die Angst der Heimleitungen vor übertragbaren Krankheiten oder Unfällen durch Tiere ist unbegründet. Durch eine sorgfältige Auswahl der Tiere und Impfungen lassen sich solche Gefahren minimieren (Rechenberg 1997).

Zu den problematischen Seiten der Haustierhaltung gehören Unfallgefährdung durch Stürze, Überforderung, bei Erkrankung des Tierhalters zusätzliche Belastung durch die Sorge um das unversorgte Tier und schwere Trauerreaktionen nach dem Verlust des Tieres. Darüber hinaus können Steuern auf Tierhaltung (vor allem in größeren Städten) die finanziellen Möglichkeiten der Hochaltrigen übersteigen.

4.3.8 Fazit

Bis 2050 wird die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa vier Millionen (160 Prozent) zunehmen und die der über 90-Jährigen um eine Million (236 Prozent). Die Zahl der Demenzkranken wird sich mit geschätzten über zwei Millionen Kranken mehr als verdoppeln. Deutlich zunehmen wird auch die Zahl der alten pflegebedürftigen Menschen, die allein leben. Das familiale Unterstützungspotenzial wird durch die zunehmende Berufstätigkeit der Töchter sowie dadurch, dass immer mehr Kinder und Enkelkinder für mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern als potenzielle Helferinnen und Helfer infrage kommen werden, erheblich eingeschränkt. Die hochaltrigen Menschen werden zunehmend von alten Angehörigen betreut.

Die Gesellschaft wird diese Entwicklung nur dann finanziell verkraften können, wenn es gelingt, durch informelle Unterstützung der allein stehenden alten Menschen und der pflegenden Angehörigen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lange fortzusetzen. Freunde und Nachbarn werden hier eine eher marginale Rolle spielen. Im Vordergrund wird die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, wie z. B. Alzheimer Gesellschaften, sowie durch freiwillig

Engagierte stehen. Schon jetzt existieren Hunderte unterschiedlicher Gruppen und Initiativen, die beweisen, dass bereits mit einem minimalen finanziellen Aufwand eine hervorragende Betreuung von hilfebedürftigen, vor allem demenzkranken Menschen möglich ist. Die weitere Entwicklung besonders erfolgreicher Modelle und ihre Vernetzung mit professionellen Angeboten sind notwendig.

4.4 Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger

4.4.1 Einleitung – Besonderheiten der Demenz

Auswirkungen pathologischer kognitiver Beeinträchtigungen, die im höheren Alter bei Demenzen aber auch als Folge neurologischer Erkrankungen (häufig nach Schlaganfall/Apoplex) gehäuft auftreten, stellen eine besondere Herausforderung an die umweltlichen und technischen Hilfen dar.

Demenzkranke leiden nicht nur unter alterstypischen Einschränkungen der sensorischen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Feinmotorik, sondern werden durch kognitive Störungen in ihrer Fähigkeit erheblich beeinträchtigt, auf Erfahrungen zurückzugreifen, eingeübte Handlungssequenzen folgerichtig durchzuführen und die Funktionen (auch sehr einfacher) technischer Geräte zu verstehen und sie zu bedienen. Die räumliche Wahrnehmung mit Einschätzung der Entfernung, der Bewegungsrichtung, der Perspektive und der drei Dimensionen wird zunehmend eingeschränkt. Die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung selektiver und geteilter Aufmerksamkeit, notwendig zum Erkennen potenzieller Gefahrenquellen und zum richtigen Handeln in komplizierten Situationen mit konkurrierenden Stimuli geht ebenso verloren, wie die selbstkritische Einschätzung der eigenen Defizite.

Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der Lernfähigkeit, der Praxis, der exekutiven Funktionen und der Sprache erschweren erheblich die Benutzung von Gebrauchsanweisungen und die Bedienung neuer oder komplizierter Geräte, besonders dann, wenn mehrere Handlungen (z. B. Lesen, Geldeinwerfen, Knopfdrücken usw.) gleichzeitig erforderlich sind, deren genaue Reihenfolge eingehalten werden muss oder wenn Zeitdruck entsteht. Alte Menschen und besonders Demenzkranke neigen zur mechanistischen Interpretation der Gerätefunktionen und wiederholen trotz Misserfolg ihre Handlungen. Sie brauchen „intelligente“ technische Hilfen, die trotz komplizierter Funktionen sehr einfach in der Bedienung sind, z. B. auch sprachlich gesteuert werden können, die Intentionen erkennen und notwendige Bedienungsschritte selbst durchführen. Diese Hilfen müssen selbsterklärend sein.

4.4.2 Erhaltung der Mobilität

Mobilität im weitesten Sinne, vom selbstständigen Autofahren, Spaziergängen in der Stadt (mit und ohne Begleitung) bis zum gezielten Durchbewegen der Extremitäten mithilfe intelligenter „Home-Trainer“, ist ein wichtiger Faktor der Lebensqualität der Demenzkranken (Struttmann et al. 1999).

Das Autofahren trägt bei älteren Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern häufig zum Erhalt des Selbstwertgefühls bei. Viel wichtiger ist aber, dass es mit zunehmendem Alter bei gleichzeitiger abnehmender Motilität eine nur schwer verzichtbare Ressource für den Erhalt von Mobilität und selbstständiger Lebensführung darstellt, die mit anderen technischen und umweltlichen Ressourcen (öffentlicher Nahverkehr) nicht gleichwertig zu ersetzen ist. Bei kognitiven Einbußen, wie sie bei einer Demenz typisch sind, kann aber durch eine herabgesetzte Fahreignung eine erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung erwachsen. Die eigenverantwortliche Selbsteinschätzung des Kraftfahrenden, die der Gesetzgeber als Maßstab für die Beurteilung der Fahreignung gesetzt hat, kann bei abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt sein, dass andere Mechanismen greifen müssen, um eine zuverlässige Beurteilung zu ermöglichen.

Derzeit liegen keine Angaben über die Zahl der leicht bis mittelschwer demenzkranken Autofahrerinnen und Autofahrer in Deutschland, sowie Häufigkeit und Art der Vergehen bzw. Unfälle im Straßenverkehr vor. Bekannt ist nur, dass von den 2 898 000 „Personen mit aktuellem Deliktzugang 1999“ 119 000 zu der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ gehörten, davon 99 000 Männer und 20 000 Frauen. Von den 2 160 Personen, die im Jahr 2000 freiwillig auf die allgemeine Fahrerlaubnis verzichtet haben, waren 670 60 bis unter 70 Jahre alt (635 Männer und 35 Frauen) und 799 70 Jahre alt oder älter (593 Männer und 206 Frauen) (Statistik des Kraftfahrt-Bundesamtes, 5. Juli 2001).

145 062 Personen (davon 16 671 Frauen) wurden im Jahr 2000 allgemeine Fahrerlaubnisse entzogen (Tabelle 4-8). Darunter befanden sich 5 826 60- bis 70-Jährige (564 Frauen) und 1 976 70-Jährige und Ältere (342 Frauen).

Diese Zahlen zeigen, dass ältere Autofahrerinnen und Autofahrer bei den Verkehrsdelikten unterrepräsentiert sind, was nahe legt, dass ein Großteil von ihnen das Fahrverhalten an die abnehmende Fahreignung rechtzeitig verantwortlich anpasst. Verschiedene Studien berichten, dass ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit zunehmender Dauer der Erkrankung von sich aus das Autofahren bis zur völligen Aufgabe begrenzen (Carr 1997; Foley et al. 2000; Hakamies-Blomqvist & Wahlström 1998). Diese Studien zeigen aber auch auf, dass durchaus eine erhebliche Anzahl von kognitiv beeinträchtigten Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern mit einem relevanten Fahrumfang verbleibt, sodass eine Auseinandersetzung mit der Thematik unerlässlich ist. Die Statistiken erlauben keine sicheren Aussagen zur Unfallhäufigkeit durch das Vorliegen von kognitiven Einbußen bei demenziellen Erkrankungen. Es fehlen aussagekräftige Analysen zum Verhältnis von Fahrleistung und Unfallgeschehen. Zudem werden nur Unfälle dokumentiert, bei denen es auch zu gerichtlichen Verfahren kam, was eine erheblich Dunkelziffer bedeuten kann. Die klinisch-geriatrische Erfahrung, dass immer wieder Angehörige älterer aktiver Kraftfahrender mit ausgeprägten Demenz-Syndromen um Rat suchen, wie sie die nicht einsichtige Person zur Aufgabe ihres Fahrens bewegen kön-

Tabelle 4-8

Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen. Entscheidungen der Gerichte nach § 69 StGB

Entscheidungsgrund	Alter 60-70	Alter >70	Alle Altersgruppen
Trunkenheit im Straßenverkehr	4.807	829	111.955
davon: mit Verkehrsunfall	1.675	388	34.536
ohne Verkehrsunfall	3.232	441	77.419
Verkehrsdelikte ohne Trunkenheit	587	575	11.331
davon: mit Verkehrsunfall	536	560	9.532
ohne Verkehrsunfall	51	15	1.799
Sonstige Straftaten	13	–	1.802
Insgesamt	5.407	1.404	125.088
davon: mit Verkehrsunfall und			
Personenschaden	326	138	7.324
Sachschaden	1.785	810	36.744
ohne Verkehrsunfall	3.296	456	81.020
darunter weibliche Personen	516	204	14.471

Quelle: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt-Bundesamtes. Reihe 6/Jahr 2000.

nen, unterstreicht die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Problem.

Die gängige Aufschlüsselung der statistischen Daten mit einer undifferenzierten Zusammenfassung älterer Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer in zwei Gruppen (60 bis 70 sowie älter als 70 Jahre) entspricht nicht mehr den Anforderungen heutiger Altersforschung. Es muss davon ausgegangen werden, dass künftige Kohorten einen deutlich höheren Anteil von aktiven Kraftfahrenden in den höheren Altersdekaden mit sich bringen und damit andere Verhältnisse und Risiken erwachsen werden, die adäquat abgebildet werden müssen.

Zur Häufigkeit der Verkehrsunfälle demenzkranker Autofahrerinnen und Autofahrer liegen nur wenige Studien vor, keine einzige dazu in der Bundesrepublik Deutschland. In älteren Studien mit kleinen Fallzahlen (n = 30 bis 83) und kleinen Kontrollgruppen (n = 20 bis 100) wurde eine relativ hohe Unfallhäufigkeit pro Fahrer und Jahr ermittelt. Sie lag zwischen 0,091 (Drachman & Swearer 1993) und 0,167 (Friedland et al. 1988) für Demenzkranke und 0,02 (Friedland et al. 1988) und 0,055 (Dubinsky et al. 1992) für Kontrollgruppen. In neueren Untersuchungen mit größeren Fallzahlen (n = 143 bis 165) und großen Kontrollgruppen (n = 249 bis 715) wurde eine niedrigere Unfallhäufigkeit der Demenzkranken und eine höhere in der Kontrollgruppe ermittelt. Sie betrug für Demenzkranke 0,014 (Tuokko et al. 1995) bis 0,08 (Trobe et al. 1996) und 0,05 (Trobe et al. 1996) bis 0,06 (Tuokko et al. 1995) für die Kontrollgruppe. Über 70 Prozent der untersuchten Demenzkranken blieben in beiden Studien unfallfrei.

Eine Demenzerkrankung ist also nicht gleichbedeutend mit einer nicht mehr kompensierbaren Einschränkung der Fahrsicherheit. Zwar ist die Unfallgefährdung der Demenzkranken doppelt so hoch, wie die der psychisch unauffälligen Vergleichsgruppe der gleichaltrigen Autofahrerinnen und Autofahrer. Sie unterscheidet sich aber nicht von der Unfallgefährdung der unter 26-Jährigen (Carr 1997) und ist vergleichbar mit der Unfallgefährdung alter Menschen mit chronischen Rückenschmerzen oder schweren Depressionen (Foley et al. 1995). Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls steigt mit jedem Jahr der Erkrankung und korreliert mit dem Schweregrad der Demenz, jedoch nicht mit den Ergebnissen des gängigen Demenz-Screeningverfahrens Mini-Mental-State-Examination (MMSE, Folstein et al. 1975). Als besserer Indikator der möglichen Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit gilt das Niveau der instrumentellen ADL's (Activities of Daily Living), wie z. B. Einkaufen, Regelung finanzieller Angelegenheiten oder Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Odenheimer 1993). Die Leistungen demenzkranker Autofahrerinnen und Autofahrer zeigen zudem eine starke interindividuelle Streuung. Obwohl die meisten von ihnen zu der Gruppe der Risikofahrer gehören, unterscheiden sich über 25 Prozent in ihren Leistungen nicht von der Vergleichsgruppe der psychisch unauffälligen gleichaltrigen Autofahrenden (Dobbs 1997). Die überwiegende Zahl der Demenzkranken, die für sich oder andere zu einer Gefahr im Straßenverkehr werden, verzichtet auf das Autofahren. Die Zahlen schwanken zwischen 61 Prozent innerhalb 24 Monate nach der Diagnosestellung (Gilley et al. 1991) bis zu 78 Prozent nach 32 Monaten (O`Neill 1992). Etwa 18 bis 22 Prozent der Kranken treffen selbst die Entscheidung, 24 bis 42 Prozent gemeinsam mit den Familienangehörigen und 18 bis 36 Prozent auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der Memory-Clinic (O`Neill 1992; Trobe et al. 1996).

Tabelle 4-9

Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen
Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach §§ 2a, 3 und 4 StVG

Entscheidungsgrund	Alter 60 bis 70	Alter > 70	Alle Altersgruppen
Körperliche Mängel			
Mangelndes Sehvermögen	1	18	50
Mangelndes Hörvermögen	–	2	3
Funktionseinbuße bei Rumpf- und Gliedmaßen	1	–	4
Hirnverletzung, Nervenerkrankung	23	20	139
Schwere Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen	–	9	12
Sonstige körperliche Schwächen (z. B. Altersabbau)	27	112	192
Zusammen	52	161	400
Geistige Mängel			
Geisteskrankheit und andere geistige Störungen	24	18	173
Geminderte Zurechnungsfähigkeit	4	10	19
Sonstige mangelnde geistige Fähigkeiten	32	52	169
Zusammen	60	80	361
Charakterliche Mängel			
Neigung zu Trunk-, Arzneimittel- und Rauschgiftsucht	34	11	3.023
Neigung zu Ausschreitungen	1	–	12
Schwere oder wiederholte Vergehen gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen	29	6	1.345
Schwere oder wiederholte Vergehen gegen Strafgesetze	1	1	45
Sonstige charakterliche Fehler oder Schwächen	5	3	361
Zusammen	70	21	4.786
Anordnung zum Aufbauseminar nicht nachgekommen/Befähigungsprüfung nicht abgelegt/bestanden	43	20	5.616
Andere Gründe	100	167	4.374
Insgesamt	419	572	19.974
darunter weibliche Personen	48	138	2.200

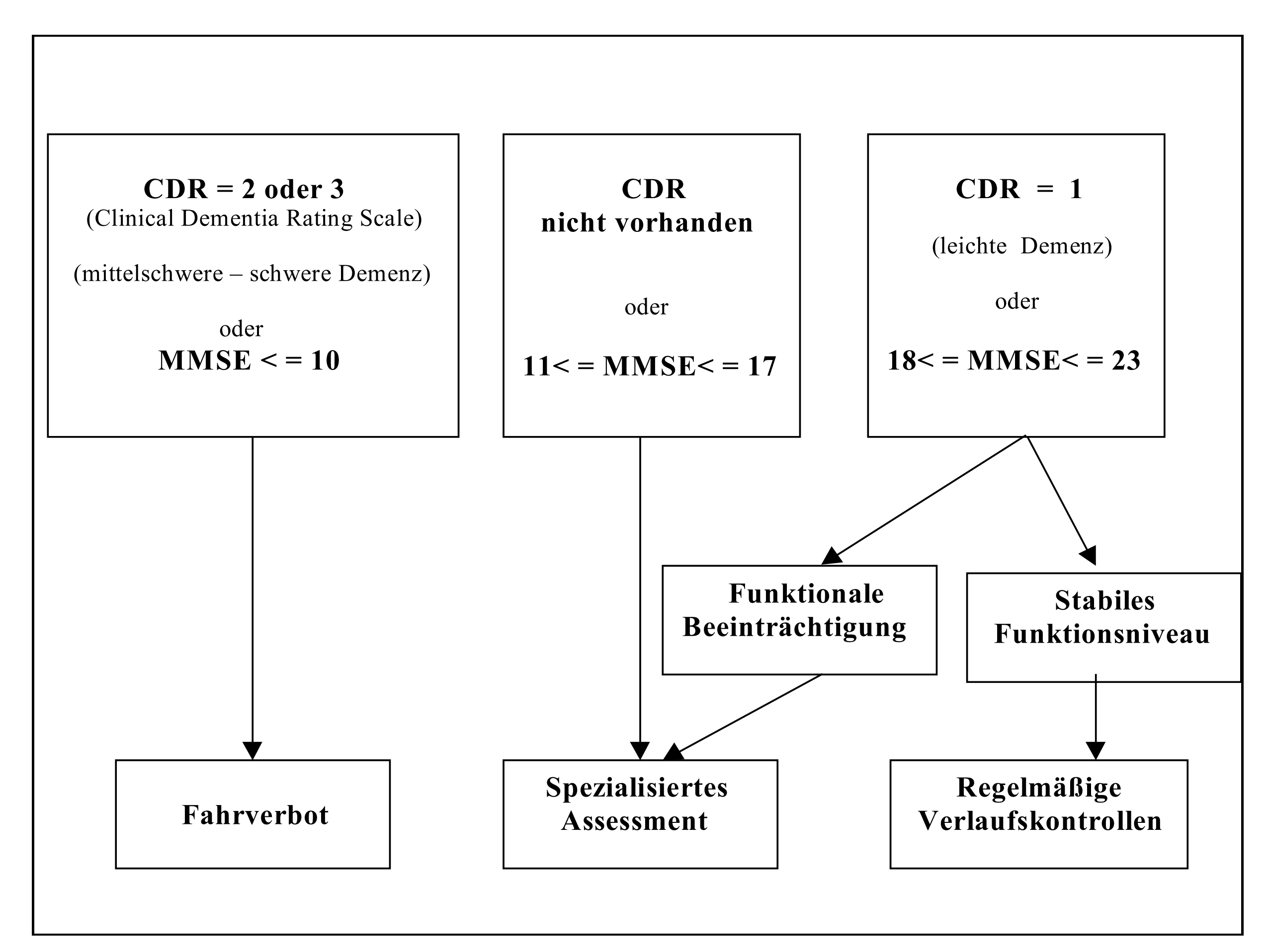
Quelle: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt-Bundesamtes. Reihe 6/Jahr 2000.

Bei Demenzkranken, die trotz Unfällen in der Vorgeschichte nicht bereit sind, auf das Autofahren zu verzichten, handelt es sich überwiegend um Männer mit einer ausgeprägten Anosognosie, Frontallappendemenz und geringer Multimorbidität (Bedard et al. 1996).

Schon William James (1920) hielt „das Verlangen nach Anerkennung“ für das wichtigste Prinzip der menschlichen Natur und vermutete, dass Menschen mindestens zum Teil ihre Rolle durch das Beherrschen eines Fahrzeugs, die Fähigkeit zum schnellen Ortswechsel, Mitnahme der Freunde und Beteiligung am gesellschaftlichen Leben definieren. Ein Fahrverbot wird deshalb für jeden Betroffenen zu einem Meilenstein seiner Erkrankung, konfrontiert ihn mit eigenem Versagen und fortschreitender Abhängigkeit, mit dem Verlust der Anerkennung. Daher muss die Entscheidung zum Entzug der allgemeinen Fahrerlaubnis immer sorgfältig abgewogen werden. Sie kann nur auf einer differenzierten und qualifizierten Prüfung der Fähigkeiten und Defizite beruhen. Es besteht noch relative Unsicherheit, welche psychometrischen Testverfahren eine sichere Prognose hinsichtlich der Fahreignung erlauben (Duchek et al. 1998), sodass im Zweifelsfall eine Fahrverhaltensprobe empfohlen wird (Bundesanstalt für Straßenwesen 2000: Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung; Hunt et al. 1997). Besondere Bedeutung kommt aber in jedem Fall der gründlichen Anamnese und Fremdanamnese zu. Auch wenn die Studien keinen sicheren Anhalt für eine grundsätzliche Fahruneignung in frühen Stadien einer Demenz ergaben, muss doch im Einzelfall eine sorgsame Beratung mit einer klaren Verhaltensempfehlung erfolgen, die bei einer progredienten Erkrankung wie einer Demenz letztlich auch immer darauf abzielen wird, das Führen eines Fahrzeuges einzustellen. Abhängig vom individuellen Leistungs- und Persönlichkeitsprofil und den Lebensumständen kann dies ein sofortiges Fahrverbot bedeuten, aber auch nach und nach über Anpassungsprozesse (z. B. nur noch im bekannten Umfeld zu fahren, Hauptverkehrszeiten und nächtliche Fahrten zu meiden) erfolgen. In jedem Fall müssen Patientinnen und Patienten und Angehörige über die rechtliche Situation aufgeklärt werden. Es ist immer abzuwägen, ob der Arzt oder der Patient selbst die örtliche Führerscheinstelle informiert, wo ggf. solche Auflagen in die Fahrerlaubnis eingetragen

Abbildung 4-1

Kriterien zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker



Quelle: Lundberg et al. 1997.

und Verlaufsuntersuchungen angeordnet werden können. Die ärztliche Schweigepflicht entbindet nicht von der Verpflichtung, den Kraftfahrer bzw. die Kraftfahrerin über seinen Gesundheitsstatus aufzuklären und in der Abwägung von Selbst- und Fremdgefährdung bei Nichteinhaltung ärztlicher Empfehlungen zuständige Stellen zu informieren (Rieger 1995).

Für die Beratung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen ist die Handlungsempfehlung hilfreich, die anhand vorliegender Studien und praktischer Erfahrungen 1994 von Experten zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker mit einer gesicherten Demenzdiagnose in einer Konsensuskonferenz erarbeitet wurde (Lundberg et al. 1997).

Durch den Einsatz technischer Systeme ließen sich kognitive Einbußen möglicherweise kompensieren, sodass das Unfallrisiko und das Schadensausmaß auf ein vertretbares Maß beschränkt werden könnten. In folgenden Bereichen gibt es Ansatzmöglichkeiten:

– Ausgleich krankheitsbedingter Einschränkungen bei der Fahrzeugsteuerung durch Navigationssysteme, Notrufsysteme, Systeme zur Verbesserung der Sicht, Einparkhilfen, automatische Abstandsregelung zu vorausfahrenden Fahrzeugen, Antiblockiersysteme, elektronische Stabilitätshilfen usw. (z.B. Färber 2000).

– Verbesserung der Prüfung der Fahreignung durch Entwicklung bzw. Verbesserung von computergestützten Testverfahren, Fahrsimulatoren sowie Einsatz von Simulatoren zur Analyse von Fahrunfällen (Bylsma 1997; Reinach et al. 1997).

– Minimierung der Folgen möglicher Unfälle für alle Beteiligten durch Verbesserung der Fahrzeugtechnologie (gesprochene Hinweise auf Sicherheitsmängel, wie nichtangelegte Gurte, offene Türen, fehlende Bremsflüssigkeit, niedrigen Reifendruck; Fußgängerschutz durch Veränderungen der Karosserie entsprechend den Erkenntnissen aus den Crashs mit Fußgänger-Dummys, usw.).

– Einrichtung von Sicherheitsprogrammierungen (elektronische Schlüssel), die das Starten eines Fahrzeugs auf berechtigte Benutzerinnen bzw. Benutzer beschränken (Verhinderung des Fahrens uneinsichtiger Demenzkranker).

Technische Ressourcen entbinden aber nicht von einer qualifizierten Beratung bei abnehmender Fahreignung durch kognitive Einbußen bei Demenz, sondern können allenfalls ergänzende Maßnahmen sein.

4.4.3 Telematik

Der Telematikeinsatz bei Demenz ist ein früh identifiziertes, nach wie vor jedoch komplexes Feld, das von unmittelbaren Nutzungsaspekten (Einfachheit der Bedienung von Geräten) bis hin zu ethischen Fragen der Grenzen des Technologie-Einsatzes (Beobachtungs- und Überwachungsfunktionen) reicht (Marshall 1996; Topo 1998; Mix et al. 2000). Es lassen sich vier Einsatzfelder ausmachen. Diese sind:

– Die Entwicklung von aktiven und passiven Sicherheitstechnologien.

– Die Unterstützung von Angehörigen Demenzkranker durch Informations- und Kommunikationsangebote zum Thema Demenz (E-Mail und Internet).

– Die Entwicklung von Unterstützen den Programmen für demente Menschen selbst (multimedial aufbereitete Beschäftigungsprogramme, virtueller Gesprächspartner, Tagesstrukturierung etc.) (Pieper & Riederer 1998).

– Einsatz von Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken.

4.4.3.1 Sicherheit

Die Bewegungsfreiheit der Demenzkranken stärkt deren Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden, ist jedoch mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung oft mit einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung durch Verlust der Orientierung und hilfloses „Herumirren“ mit Gefahr einer lebensbedrohlichen Unterkühlung oder Panikreaktionen im Straßenverkehr verbunden und wird dann durch freiheitsentziehende Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen eingeschränkt. Solche Maßnahmen könnten mithilfe von Monitoring-Systemen, die sich dem Problem der außerhäuslichen Orientierung annehmen, auf ein unumgängliches Minimum reduziert werden. Hier spielen alle technischen Möglichkeiten eine Rolle, die es einem Menschen mit räumlichen Orientierungsstörungen erleichtern, sich beispielsweise in öffentlichen Gebäuden zurechtzufinden (z. B. ARIADNE – Access, information and navigation support in the labyrinth of large buildings, EU 4th Framework Programme, siehe CORDIS) oder auch wieder nach Hause zu finden bzw. eine helfende Institution zu kontaktieren. Diese Möglichkeiten wurden bisher aber nicht bei Demenzkranken erprobt.

In den USA wird aktuell ein Kontrollsystem angeboten, das mit Funktechnik arbeitet und speziell für Personen entwickelt wurde, die ein Gebäude nicht unbeaufsichtigt verlassen sollen („wanderers“). Es besteht aus einer Kontrolleinheit mit Alarmfunktionen (HomeFree@Home√) sowie einem ähnlich wie eine Uhr zu tragenden Sender (Personal Watcher√). Anwendungsberichte liegen dazu nicht vor. Systeme, die den Kranken am Verlassen der Einrichtung oder des Geländes hindern, werden den freiheitsentziehenden Maßnahmen gleichgestellt und erfordern eine richterliche Genehmigung. Alle Verrichtungen dagegen, die den Bewegungsradius deutlich erweitern und der Orientierung des Betroffenen und der Bestimmung seines Aufenthaltsortes im Falle des sich Verlaufen dienen, würden einen veränderten (und entspannteren) Umgang mit den Demenzkranken ermöglichen.

Im häuslichen Bereich sind die konkreten Planungen von Sicherheitssystemen mit Sensoren für Gefahren etwa durch Feuer und Rauch (Schutzschalter gegen Überhitzungen bei Küchengeräten, Rauchmelder bei Feuer), Wasser (Überlaufschutz, Thermostate für die Vermeidung von Verbrennungen beim Heißwassergebrauch z.B. beim Duschen) durchaus berechtigt und sinnvoll, zumal hier erhebliche Selbst- und Fremdgefährdungen bestehen.

Einen interessanten Ansatz verfolgte das Projekt „Häusliche Pflege, Rehabilitation und Gerontechnologie“ (GERONTech) – „Technische Hilfen und Wohnungsanpassungen zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung, der Rehabilitation und der häuslichen Pflege von älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Demenz, Schlaganfall)“ – („Technology, Ethics and Dementia“ (TED), das ebenfalls von COST A5 „Ageing and Technology“ der EU, vom Bayerischen Staatsministerium für Sozialordnung und dem EU-Programm BIOMED2 gefördert wurde. Es befasste sich u. a. mit der Thematik, welche Ideen in diesem Bereich von „Laien“ entwickelt wurden, die handelsübliche oder selbst erstellte Geräte zur Unterstützung ihrer betroffenen Angehörigen einsetzen. Damit sollte versucht werden, zu Anwendungen zu kommen, die auch tatsächlich bedarfsorientiert sind.

In diesem Bereich gibt es ein aktuelles multinationales EU-Forschungsprojekt (ASTRID Project, Frisby 2000), das sich mit der Zusammenstellung („Concept-Guide“) konkreter technischer Lösungen befasst, die Pflegenden zur Verfügung gestellt werden sollen: automatische Detektoren für Kochherde (z. B. Gas-Detektor), passive Alarm-Systeme, Alarm-Kontakte für Türen von Wohnungen und Pflegeeinrichtungen hinsichtlich unbeaufsichtigtem Verlassen eines Gebäudes und Zeit-Orientierungssysteme.

Besondere Aufmerksamkeit verdient auch die Sturzprävention. Hierzu gehört z. B. Beleuchtung der Treppen, die durch Bewegungssensoren aktiviert wird und beim Absteigen die Breite der Stufen, beim Aufsteigen dagegen deren Höhe verdeutlicht (Vercruyssen et al. 1996). In den Schlafräumen sollen Bewegungssensoren beim Aufstehen aus dem Bett eine gedämpfte Nachtbeleuchtung und nach den ersten Schritten z. B. die Beleuchtung des Badezimmers/Toilette einschalten (Butcher 2000).

4.4.3.2 Informations- und Kommunikationssysteme zum Thema Demenz

Mit der zunehmenden Verbreitung und Nutzung der Informations- und Kommunikationsangebote des Internet finden Betroffene und Angehörige dort auch zum Thema Demenz umfangreiche Informationen. Hier bieten vor allem die Angebote der Alzheimer-Selbsthilfeorganisationen qualifizierte Informationen. Bereits Anfang der 90er-Jahre wurden in den USA vom „Alzheimer’s Disease Support Center“ (ADSC) solche computer-basierten Informationssysteme eingerichtet und wissenschaftlich untersucht (Mahoney, D.F. et al. 1998; Smyth et al. 1997, Smyth & Harris 1993). Dabei wurden nicht nur sachbezogene Informationen bereitgehalten, sondern auch Möglichkeiten zum Austausch zwischen Betroffenen in Form von Expertenforen geschaffen. In solchen Foren können Angehörige via E-Mail Anfragen an Expertinnen und Experten richten. Da viele Fragen von Angehörigen sehr ähnlich sind, werden Fragen und Antworten gesammelt und für alle Interessenten systematisiert und strukturiert bereitgehalten. Daneben haben sich themenbezogene E-Mail-Diskussionsforen (Saumweber 2000) etabliert, in denen der direkte Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Forums möglich ist. Die Teilnehmenden schreiben ihren Beitrag an eine Internetadresse, hinter der sich ein Computer mit einem Verteilerprogramm für elektronische Post verbirgt („Mailserver“), der diesen Beitrag an alle Mitglieder des Diskussionsforums weiterleitet. Alle Antworten, die der Beitrag erhält, werden wiederum allen Teilnehmenden bereitgestellt, sodass sowohl aktive Teilnahme am Forum als auch passives Rezipieren der Diskussionen und der darin enthaltenen Informationen möglich ist. Elektronische Echtzeit-Diskussionen unter Betroffenen oder mit Experten in „Chatrooms“ spielen dagegen bei sensiblen Gesundheitsthemen wie der Alzheimerkrankheit bisher keine nennenswerte Rolle.

Die meisten Informationsangebote beziehen sich explizit auf die Alzheimerkrankheit, obwohl Interessenten dort auch Informationen zu anderen Demenzformen erhalten. Nach wie vor gibt es keine Qualitätsstandards zu den im Internet angebotenen Informationen oder Expertisen.

Studien kommen zumeist zu dem Ergebnis, dass sich die psychische und physische Belastung der pflegenden Angehörigen durch Telematikanwendungen signifikant verringern lässt (Bass et al. 1998; Strawn et al. 1998; Thompson & Briggs 2000).

4.4.3.3 Aktivierende Programme für Betroffene

Kognitive Einschränkungen, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen aber auch infolge Erkrankungen anderer Genese (zum Beispiel Apraxie nach Schlaganfall), sind ein wichtiges Feld für den Einsatz von Technik, unterliegen aber auch einer besonderen Problematik. Hier kann selbst bei vollständiger sensorischer oder motorischer Intaktheit die Bedienung des einfachsten Kommunikationsmediums wie dem konventionellen Telefon für den Betroffenen zu einem unlösbaren Problem werden. Dennoch gibt es Einsatzmöglichkeiten, die entweder auf Betroffene abgestellt sind, die noch über eine basale Lernfähigkeit verfügen oder nur unter partiellen Beeinträchtigungen leiden, oder aber selbst aktiv den Menschen in seinem Alltag unterstützen.

Pieper & Riederer (1998) von der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle SOFOS an der Universität Bamberg erprobten in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik der TU München die Einsatzmöglichkeit eines Computersystems zur Unterstützung von dementen Personen in der Merkfähigkeit, der Fähigkeit zur Koordination und der Planung und Ausführung von Handlungen. Das Projekt stand im Kontext des Forschungsvorhabens „Technology, Ethics and Dementia“ (TED) von COST A5 „Ageing and Technology“ der EU und wurde gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Sozialordnung und dem EU-Programm BIOMED2. Ziel war, zu erforschen, inwieweit ein Computer auch für kognitiv Beeinträchtigte zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann. Dies würde nach Pieper & Riederer nur möglich sein, wenn es gelänge, Programme zu entwickeln, die keine Lern- und Gedächtnisleistungen voraussetzen, sondern intuitive Bedienungselemente anbieten. Dann wären Spielprogramme („Beschäftigungstherapie“), Orientierungs- und Verhaltenshilfen im Alltag (zum Beispiel

Tagesplanung, Einkaufen und Kochen, etc.) und therapeutische Programme (Unterstützung der Identität zum Beispiel über biografische Informationen; Selbstmedikation) auf der Basis eines PCs denkbar. Pieper und Riederer untersuchten, welche Effekte in Bezug auf Zufriedenheit, Gesundheitszustand, Angst, Aggression, Depression, Unruhe etc. festgestellt werden können. Das Gerät sollte weitgehend an ein Fernsehgerät angeglichen werden und vereinfacht bedienbar sein („Touch-Screen“). In weiteren Schritten sollten Einbindungen von Unterstützungsfunktionen wie zum Beispiel Tagesplanung und Erinnerungsfunktionen (Medikamenteneinnahme) aber auch Steuerungsaufgaben von Haushalts- und Haustechnik einbezogen werden, wie sie in Smart-Home-Ansätzen vorgesehen sind (Meyer, S. et al. 1997, 1998). Außer einer Deskription des Projektansatzes findet sich zu den Ergebnissen des Projektes keine Literatur, die eine Umsetzbarkeit des Ansatzes erkennen lässt.

Bei diesem geriatrisch-gerontologisch hochrelevanten Thema ist zu berücksichtigen, dass die Probleme kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen im Alltag mitunter schon in der zeitgemäßen Organisation und Koordination basaler Tätigkeiten wie den selbstpflegerischen Aktivitäten, der Mahlzeiteneinnahme aber auch der Einhaltung medikamentöser Behandlung liegen. Sehr häufig werden allein stehende ältere Menschen verwirrt in Kliniken eingewiesen, weil sie nicht für ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Nahrungsaufnahme oder ihre Regelmedikation sorgen konnten. Die Frage stellt sich allerdings, ob diesen Problemen tatsächlich technikgestützt begegnet werden kann, oder ob hier nicht auch schnell Grenzen ihres Einsatzes erreicht werden. Es ist ja häufig – bei stärkeren kognitiven Einbußen – nicht allein mit Erinnerungsmarkern getan, sondern vielfach wird Flüssigkeitszufuhr und Medikation nur mit fantasiereichen Ideen der Darreichung akzeptiert und bedarf der persönlichen Gegenwart einer helfenden Person.

Elektronische Medien werden auch zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken angewendet. Woods und Ashley (1995) entwickelten die „Simulated presence therapy“ (SPT), ausgehend von der Annahme, dass Angehörige, die den Kranken zuletzt betreut haben, die wichtigste Quelle seiner inneren Stabilität bilden. Die Kassetten mit simulierten Telefongesprächen mit diesen Angehörigen oder Videoaufnahmen mit ihnen wirken beruhigend auf sozial isolierte, verbal oder tätlich aggressive und psychomotorisch unruhige Demenzkranke. Videofilme, auf denen nahe Angehörige über vergangene familiäre Ereignisse berichten, sich nach dem Befinden des Kranken liebevoll erkunden und ihm Respekt zeigen, bieten neue Möglichkeiten, die Familie in die Betreuung aktiv zu integrieren (Werner, P. et al. 2000). Lund et al. (1995) entwickelten Videokassetten mit Schauspielern, die Demenzkranke mithilfe anregender Bilder von Tieren, kleinen Kindern, Musikinstrumenten und anderen bekannten Utensilien, von vertrauten oder lustigen Situationen usw. zum Singen, Tanzen, Lachen und Spielen animieren. Die vorliegenden Studien erlauben allerdings noch keine abschließende Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit dieser Methoden.

4.4.3.4 Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken

Die fachärztliche Versorgung Demenzkranker in Pflegeeinrichtungen (aber auch zu Hause) kann mithilfe innovativer Informationstechnologien erheblich verbessert werden (Kavanagh & Yellowlees 1995). Der Vorteil liegt in der Vereinfachung ärztlicher Konsultationen, die sonst u. U. von den Angehörigen oder den Pflegekräften nur aufwendig zu organisieren wären, so aber regelmäßig ermöglicht werden. Laut Allen und Wheeler (1998) waren 1998 insgesamt 29 Telepsychiatrieprogramme in den USA, Kanada, England, Norwegen und Australien aktiv. Über einzelne Versuche wurde auch aus China, Taiwan, Südkorea und Hong Kong berichtet (Tang, W.K. et al. 2001).

Als Beispiel werden hier kurz die Aktivitäten und Erfahrungen des Dementia Telemedicine Center (DTC) in Seoul dargestellt. Diese Einrichtung am Universitätskrankenhaus ist mit Telemedicine Service Units (TSU) in den Pflegeeinrichtungen oder Beratungsstellen für Demenzkranke verbunden. In den TSU ist jeweils eine Krankenschwester tätig. Der Experte in DTC stellt Diagnosen anhand der Aufnahmedaten, Laborwerte, Röntgenaufnahmen und eines Videointerviews mit dem Patienten. Die Empfehlungen zur Medikation und zum therapeutischem Umgang mit dem Patienten werden ebenfalls im Videointerview mit der Krankenschwester in TSU übermittelt. Während regelmäßiger Videokonferenzen werden Fallbesprechungen durchgeführt und die Nebenwirkungen der Medikamente überprüft. Die Angehörigen werden auf diesem Wege über den Umgang mit dem Kranken informiert. Sie werden einzeln oder in Gruppen beraten und fortgebildet. Teleeducation Service gehört ebenfalls zu den Angeboten des DTC.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass kognitive Leistungen und Verhaltensauffälligkeiten auch schwer Demenzkranker mithilfe des Videointerviews mit dem Betroffenen und seinen Betreuern untersucht und diagnostisch abgeklärt werden können. Die Ergebnisse der Testuntersuchungen über Telemedizin-System und bei persönlicher Kontrolle stimmten in 76 bis 89 Prozent (abhängig von den Tests) überein. Die Diagnose einer Demenz war in 100 Prozent der Fälle korrekt. Die Beratung und Behandlung mit Medikamenten hat in 61 Prozent der ambulanten und 53 Prozent der stationär betreuten Demenzkranken mit erheblichen Verhaltensstörungen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik geführt (Lee et al. 2000).

Anhand der vorliegenden Studien lassen sich Kosten der Telepsychiatrie noch nicht sicher beurteilen. Die Angaben schwanken zwischen einer Ersparnis von ca. 50 Prozent (Jerome 1993) und einer Ausgabenerhöhung um das Drei- bis Vierfache im Vergleich mit herkömmlichen Diensten (Werner, A. & Anderson 1998).

Telefonisches Assessment wird in zukünftigen epidemiologischen und longitudinalen Studien eine wichtige Rolle spielen. Die zu diesem Zweck entwickelten Testinstrumente (z. B. Telefone Interview for Cognitive Status – modified, TICS-m) liefern Ergebnisse, die sowohl bei der diagnostischen Erfassung der Demenz als auch der Verlaufsbeob-

achtung mit direkt durchgeführten Tests vergleichbar sind (Plassman et al. 1994). In Verbindung mit Videophonen lassen sich solche Verfahren weiter verfeinern.

4.4.4 Bewertung und Ausblick

Auch oder gerade für Hochaltrige gibt es umweltliche und technische Ressourcen, die die Lebensführung verbessern oder zumindest erleichtern können.

Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Nutzung des Autos als Verkehrsmittel ein. Es bietet für den aktiven Kraftfahrenden ein wichtiges Instrument zur Kompensation nachlassender Mobilität, birgt aber bei gleichzeitig pathologisch abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit ein erhebliches Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Wenngleich es keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Ausmaß der Gefährdung gibt und Verkehrsstatistiken hier eher ein – bezogen auf den Gesamtverkehr – geringes Problemausmaß annehmen lassen, so muss doch im Einzelfall immer eine qualifizierte Diagnostik und Beratung erfolgen. Bei dem zu erwartenden Anstieg des Anteils hochaltriger aktiver Kraftfahrender bedarf es dafür der Erarbeitung von aktuellen wissenschaftlich fundierten Standards. Die gängige Aufschlüsselung der statistischen Daten mit einer undifferenzierten Zusammenfassung älterer Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer in zwei Gruppen (60 bis 70 sowie älter als 70 Jahre) entspricht nicht mehr den Anforderungen heutiger Altersforschung. Die besonders schnell wachsende Gruppe der über 85-Jährigen muss adäquat abgebildet werden. Die Aufklärung für ältere Menschen hinsichtlich der Fahreignung im Alter sollte verbessert werden. Wünschenswert wäre die Einrichtung von niederschwelligen Beratungsangeboten, die ältere Menschen nicht nur für das Thema sensibilisieren, sondern ihnen konkret die Möglichkeit zur Überprüfung ihrer Fahreignung bieten.

In der Beurteilung moderner Technologien werden zu häufig unkritisch die technischen Möglichkeiten gesehen, zu wenig aber die Probleme deren tatsächlicher Einsetzbarkeit durch ältere Menschen in ihren Umwelten bedacht. Ein „Smart-Home“ bleibt eben für Menschen, die in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben wollen, eine Fiktion, wenn schon die einfache nichttechnische Wohnraumanpassung (Türschwellen, Haltegriffe etc.) auf Schwierigkeiten stößt.

Es gibt mehrere Ansätze zum Einsatz von Technik im Bereich der Betreuung von Demenzkranken. Dabei muss allerdings festgestellt werden, dass zwar auch multidisziplinäre und multinationale Projekte durchgeführt wurden, dass aber gerade hinsichtlich der Umsetzung im Alltag kaum wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vorliegen. Einsatztaugliche Anwendung professioneller Ansätze (Telemedizin) für den Alltag dementer Menschen und ihrer Angehörigen (Sicherheitsaspekte) existieren noch nicht.

Allein der Bereich der Unterstützung von Angehörigen durch elektronische Informations- und Kommunikationssysteme ist bisher untersucht worden, allerdings nicht im deutschen Sprachraum. Hier besteht inzwischen ein umfangreiches Angebot im Bereich der Bereitstellung von Informationen. Allerdings gibt es dazu keine Qualitätskontrolle.

Zu allen genannten Einsatzbereichen sind anwendungsorientierte aber vor allem auch wissenschaftlich evaluierte Forschungsprojekte dringend erforderlich. Dabei sollten dem steigenden Bedarf an derartiger Technik, der Erwartung der Erkrankten und Pflegenden hinsichtlich der Bereitstellung von modernen Systemen, aber auch dem volkswirtschaftlichen Aspekt (neue Märkte für moderne Technologie) wesentlich mehr Beachtung geschenkt werden.

4.5 Medizinische Versorgung

4.5.1 Einleitung

An verschiedenen Stellen des Berichts wurde bereits auf die Kumulation von Risiken und die erhöhte Vulnerabilität im hohen Alter aufmerksam gemacht. Die gesundheitlichen Probleme Hochaltriger sind häufig mit vielschichtigen sozialen und materiellen Problemen verbunden. Sie weisen darüber hinaus für die Altersgruppe der über 80-Jährigen einige Spezifika auf, die in Kapitel 3 bereits ausführlich dargestellt wurden. Zu nennen ist hier vor allem das Phänomen der Multimorbidität, die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen und irreversiblen Krankheiten und die zunehmende Entwicklung von Symptomen, die nicht allein einer einzigen Krankheit zuschreibbar sind und in deren Folge sich dauerhafte komplexe Funktionseinschränkungen ergeben.

Daraus leiten sich für hochaltrige Patientinnen und Patienten zum Teil andere Behandlungsziele als bei jüngeren Patienten ab. Es kann nicht immer die vollständige Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit erreicht werden, sondern die Behandlung muss vor allem darauf abzielen, ihnen die höchst mögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen. „Häufig ist daher in der Geriatrie Besserung und nicht Heilung, restitutio ad optimum, und nicht wie bei jüngeren Patienten restitutio ad integrum das Ziel“ (Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen 2000:290).

Gesundheitliche Probleme geriatrischer Patientinnen und Patienten fallen in der Regel aus der schematischen Vorstellung von „sequenziellen Krankheitsverläufen“ heraus, die eine klare zeitliche Abfolge von gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen impliziert. Dies gilt in besonderem Maße für die Gruppe der Hochaltrigen.

> „Die für komplexe chronische Erkrankungen sowie für chronisch kranke alte Menschen typische Multimorbidität beinhaltet jedoch unterschiedliche Arten und Phasen von Krankheit und Behinderung nebeneinander, aber immer zugleich verbleibende oder erweiterungsfähige Potenziale selbstkompetenten Handelns und Helfens. Die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien erfordert daher die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001b: 66).

Die erforderliche Gleichzeitigkeit dieser Maßnahmen lässt sich jedoch nur bedingt unter die leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V subsumieren und macht integrierte geriatrische Behandlungsformen auch besonders anfällig für in den sozialrechtlichen Bestimmungen des SGB V und des SGB XI angelegte Schnittstellenprobleme. Die sektorale Trennung zwischen Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V und der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V verursacht in der Praxis oft Auslegungs- und Zuordnungsprobleme. Ein Grund dafür liegt in der Komplexität der geriatrischen Behandlung, die durch das multidisziplinäre Zusammenwirken u. a. von Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeit und ständiger verantwortlicher ärztlicher Präsenz gekennzeichnet ist. Dieses geriatrische Behandlungsteam gewährleistet sowohl die kurative wie die rehabilitative Behandlung des multimorbiden älteren Patienten und muss palliative Therapie mit einschliessen.

Diese Abgrenzungsproblematik setzt sich auf institutioneller Ebene fort. Schwierig hier ist die rechtliche und tatsächliche Unterscheidung zwischen geriatrischen Krankenhäusern nach § 107 Abs.1 SGB V und entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V. Diese Abgrenzungschwierigkeiten teilt die Geriatrie mit anderen Versorgungsbereichen (vgl. z. B. Quaas 1995).

Auf Schnittstellenprobleme zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung soll an dieser Stelle nur exemplarisch hingewiesen werden (vgl. hierzu auch Kapitel 5). Ein Problem ist das fehlende Zusammenwirken von Krankenversicherung und Pflegeversicherung hinsichtlich der Gewährleistung des Behandlungskontinuums bei älteren Patientinnen und Patienten. Dies hat zur Folge, dass Krankenversicherungen aus Kostenüberlegungen häufig Krankenbehandlung verweigern, wenn sie Pflegebedürftigkeit vermuten. Die Regelungen des „neuen“ SGB IX werden hier kaum Abhilfe schaffen.

In der Diskussion um die Rationierung von Gesundheitsleistungen wird zum Teil die Meinung geäußert, dass ältere Menschen von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen nicht mehr profitieren und eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebensqualität durch sie nicht mehr erreicht werden kann. Die Kommission unterstreicht an dieser Stelle, dass Menschen im hohen Lebensalter bedeutende bislang vernachlässigte Präventions- und Rehabilitationspotenziale besitzen. Die internationale geriatrische Forschung hat die hohe Wirksamkeit und Effizienz präventiver und rehabilitativer Maßnahmen bis ins hohe Alter gezeigt. Auch bei Hochaltrigen können gesundheitsbewusstes Verhalten, die Vermeidung von Risikofaktoren, gezielte allgemeinpräventive Maßnahmen, welche auf die Verbesserung der Lebenslage und der umweltlichen Rahmenbedingungen zielen, Erkrankungen in Teilen verhindern oder deren Progredienz zeitlich hinausschieben. Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie Therapie und Rehabilitation sind auch im hohen Alter notwendige sekundärpräventive Maßnahmen. Rehabilitationspotenziale im hohen Alter bestehen dabei in physiologischer wie in psychologischer Hinsicht, sodass geriatrische und gerontopsychiatrische Interventionen die Möglichkeiten für selbstständiges und selbstverantwortliches Leben Hochaltriger erhalten helfen und nachhaltig verbessern können.

Ein medizinisches Versorgungssystem, das den Anspruch hat auch für seine hochaltrigen Patientinnen und Patienten differenzierte und abgestufte Antworten für ihre gesundheitlichen Probleme bereitzuhalten, muss gezielt an den vorhandenen Präventions- und Rehabilitationspotenzialen ansetzen und in der Lage sein, auf die spezifischen Anforderungen aus den geschilderten komplexen Problemlagen einzugehen. Von angepassten Versorgungslösungen, welche die besonderen Anforderungen der Behandlung chronischer Erkrankung und Multimorbidität in den Vordergrund stellen, profitieren neben älteren Menschen alle Patienten, die chronisch krank sind oder aus anderen Gründen einen komplexen Versorgungsbedarf besitzen. Sie haben insofern einen Modellcharakter.

„Geriatrie findet zu Hause statt“ lautet der Titel einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1997 (Meunier 1997). Tatsächlich spielen die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle bei der Versorgung zu Hause lebender Hochaltriger, die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig übersehen wird. Kapitel 4.5.2.1 und 4.5.2.2 widmen sich daher ausführlich den Fragen und Versorgungsproblemen der hausärztlichen Versorgung Hochaltriger und Demenzkranker als dem „geriatrischen Schlüsselbereich“. Die stationäre Versorgung Hochaltriger erfolgt noch immer in der Regel nicht in geriatrischen Fachabteilungen und Kliniken, sondern in Allgemeinstationen der Krankenhäuser (siehe Kapitel 4.5.4.1). In beiden Versogungssegmenten bestehen derzeit noch Defizite hinsichtlich der Behandlung Hochaltriger.

Die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung mit der starken Ausrichtung auf ein eindimensionales biomedizinisch „organfixiertes“ Krankheitsmodell gilt allgemein als negative Charakteristik des deutschen Gesundheitswesens und wird insbesondere im letzten Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kritisiert. Diese Dominanz wirkt sich auf die Gruppe der hochaltrigen Patientinnen und Patienten besonders negativ aus. Mit dem biomedizinischen Paradigma sind aber auch die im stationären Sektor noch immer dominierenden Formen der stark hierarchischen Arbeitsorganisation innerhalb der Medizin und zwischen den Berufsgruppen eng verknüpft (Lafaille & Puyvelde 1993: 861). Dies steht den Anforderungen einer wünschenswerten multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege, Therapeutinnen und Therapeuten und Sozialarbeit in der geriatrischen Versorgung im Weg (s. Kapitel 4.5.6 und Kapitel 4.8).

Effiziente geriatrische Versorgungskonzepte basieren auf einer multiprofessionellen Zusammenarbeit in den so genannten „geriatrisch therapeutischen Teams“ (siehe Übersicht 4-3). „Aus diesem Grunde ist in der Geriatrie die traditionelle hierarchische Organisationsstruktur des medizinischen Personals nicht nur überholt, sondern geradezu dysfunktional“ (Herkommer & Steinhagen-Thiessen 1991: 30).

Die Altenberichtskommission stellt in Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion

im Gesundheitswesen fest, dass die Einstellung der Leistungserbringer noch zu häufig von Vorstellungen geprägt ist, Patientinnen und Patienten als passive Empfänger medizinischer Leistungen anzusehen und häufig passivierende therapeutische Verfahren und Empfehlungen der Schonung und Ruhigstellung mit zum Teil negativen Folgen eingesetzt werden. Dies kann insbesondere bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten unerwünschte Verluste an Mobilität und Kompetenzen mit sich bringen, die eigentlich durch aktivierende Konzepte von Pflege und Behandlung erhalten werden sollten. Für den Erfolg geriatrischer Interventionen müssen hochaltrige Patientinnen und Patienten wie auch deren familiales Umfeld als Koproduzenten der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen begriffen und ihre Beteiligung aktiv gefördert werden. In der Informationsvermittlung von Ärztinnen und Ärzten, pflegerischem und therapeutischem Personal im Behandlungsprozess lassen sich heute noch immer Defizite feststellen. Es mangelt an Patienten- und Angehörigenschulungen über die Partizipations- und Einflussmöglichkeiten. Kognitive Einbußen der Patientinnen und Patienten sind hier selbstverständlich zu berücksichtigen. Altersangepasste Formen der Patientenschulung und Aufklärung, wie sie bereits in vielen geriatrischen Kliniken betrieben werden, können entscheidend dazu beitragen, „einen partiellen oder totalen Wirksamkeitsverlust an sich effektiver und indizierter präventiver und kurativer Maßnahmen infolge unzureichender Compliance und/oder fehlerhafter Anwendung durch Patienten“ zu vermeiden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001b Bd. III, S. 74).

Meier-Baumgartner (2001: 6) formuliert in einem aktuellen Überblicksaufsatz zur „Einbettung der Geriatrie in der Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland“ folgende Anforderungen, damit die Geriatrie im Akutbereich wie in der Rehabilitation adäquat arbeiten kann:

– „eine dauernd präsente fachärztliche Leitung,
– eine Schwerpunkt-Funktionsdiagnostik,
– einen leistungsgerechten standardisierten Personalschlüssel,
– ein interdisziplinär arbeitendes, qualifiziertes Team der unterschiedlichen Fachberufe,
– eine behindertengerechte Architektur,
– ein rehabilitatives Milieu und
– die Fortsetzung und Intensivierung bereits bestehender qualitätssichernder Maßnahmen.“

Hinsichtlich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenzen, der Fähigkeit, in multiprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten, und der notwendigen Kompetenzen zur Beratung und Aktivierung von hochaltrigen Patienten und deren Angehöriger, besteht in Deutschland noch erheblicher Bedarf der Weiterentwicklung der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hier muss besonderes Augenmerk auf die Vermittlung entsprechender Denk- und Arbeitsweisen gelegt werden, die sich an Funktionspotenzialen und -defiziten sowie Alltagsproblemen orientiert und sich damit deutlich von der herrschenden traditionellen organ- und krankheitsorientierten Perspektive unterscheidet (Stamm 2001: 43). Da die Akteure der geriatrischen Versorgung Hochaltriger immer auch mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert werden, müssen auch Fragen der Sterbebegleitung und der Palliativmedizin in der Weiterbildung angemessen berücksichtigt werden.

Die wichtigste strukturelle Voraussetzung für die medizinische Versorgung der älteren Bevölkerung und insbesondere der Hochaltrigen ist der Zugang zu einem „abgestuften Versorgungskonzept“, das ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsinstitutionen integrativ miteinander verbindet. Die Übergänge zwischen diesen Bereichen müssen mit möglichst geringem Verlust an Informationen über die Patientinnen und Patienten und unter Vermeidung von doppeltem diagnostischen Aufwand ermöglicht werden.

Im ambulanten Sektor bilden die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Komponente eines abgestuften Versorgungungskonzeptes. Einen weiteren Baustein stellt die ambulante geriatrische Rehabilitation dar. Ambulante geriatrische Rehabilitation ist dann indiziert, wenn ein komplexes Krankheits- und Behinderungsbild vorliegt, dessen Behandlung die Kooperation mehrerer Berufsgruppen unter der Leitung einer Ärztin oder eines Arztes erfordert, und die institutionellen und professionellen Voraussetzungen hinreichend sind. Geriatrische Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten und spezifische Angebote der Altenhilfe sind in den Prozess mit einzubeziehen.

Im teilstationären Sektor nehmen die tagesklinische und tagespflegerische Versorgung eine Schlüsselposition ein. Sie dienen (a) der Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung, (b) der Vermeidung von Drehtüreffekten, (c) der Vermeidung von Immobilität der Patientinnen und Patienten (d) der Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit. Diese Institutionen tragen darüber hinaus dazu bei, das informelle familiale Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen.

Die stationären Komponenten umfassen im Wesentlichen das Allgemeinkrankenhaus, die akutgeriatrischen Kliniken und Abteilungen, die geriatrischen Rehabilitationskliniken und die gerontopsychiatrischen stationären Einrichtungen. Den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen zufolge (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998) werden im Durchschnitt pro 100 000 Einwohner 50 bis 60 geriatrische Betten benötigt. Eine geriatrische Abteilung sollte dabei 60 Betten, eine eigenständige geriatrische Klinik etwa 80 bis 120 Betten umfassen. Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzepts sollten einer geriatrischen Klinik eine teilstationäre Einrichtung (Tagesklinik, 15 Behandlungsplätze/100 000 Einwohner) und ein ambulanter Bereich angegliedert sein. Weitere nicht medizinische Bausteine eines abgestuften Versorgungskonzeptes sind die Pflegeheime und die vielfältigen Angebote des betreuten Wohnens.

Übersicht 4-1

Elemente eines abgestuften Versorgungskonzeptes

	Institution	**Versorgungsauftrag**
Ambulant	Arztpraxis, Hausarzt	Medizinische Basisversorgung
	Ambulante geriatrische Rehabilitation	Rehabilitation, Behandlung, Prävention
	Ambulante Pflegedienste, Sozialstation	Pflege
	Therapeuten-Praxis	Rehabilitation und Erhaltungstherapie
	Geriatrische Beratungsstelle	Beratung zur Gesundheitsversorgung und Altenpflege
	Kurzzeitpflege	Pflege und Erhaltungstherapie
Teilstationär	Tagesklinik	Diagnostik, Rehabilitation
	Akutbehandlung	
	Tagespflege	Aktivierende Pflege, Erhaltungsprävention, Prävention
Stationär	Allgemeinkrankenhaus	Akutbehandlung, Diagnostik, Rehabilitation
	Akut-Geriatrie und geriatrische Rehabilitation	Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention,
	Pflegeheim	Pflege, dauerhaftes Wohnen, Erhaltungstherapie
	Betreutes Wohnen	Verschiedene Betreuungsangebote

Eine Schwierigkeit bei der Bestandsaufnahme der geriatrischen Versorgung in Deutschland liegt in der Heterogenität der aktuellen Versorgungswirklichkeit. Es existieren bereits erfolgreiche Modelle, die eine weitgehende horizontale und vertikale Integration unterschiedlicher auf Hochaltrige zielender medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialarbeiterisch-beratender Angebote erreicht haben. Daneben bestehen aber weiterhin fragmentierte unkoordinierte Einzelinstitutionen, deren Maßnahmen häufig nicht dem heutigen geriatrischen Wissensstand entsprechen. Dies erlaubt keine einheitliche Bewertung der geriatrischen Versogungslandschaft.

Im Folgenden wird auf unterschiedliche Bausteine der medizinischen Versorgung für Hochaltrige im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor eingegangen. Dabei soll zum einen versucht werden, das existierenden Patientenaufkommen im System und damit die heutige Bedeutung der betreffenden Institutionen nachzuzeichnen. Zum anderen wird auf modellhaft entwickelte geriatrische Angebote und die ihnen zugrunde liegende Spezifik in Struktur und Intervention beleuchtet.

Ein Schwerpunkt der Darstellung wird – wie schon erwähnt – auf die hausärztliche ambulante Versorgung gelegt. Hausärztinnen und Hausärzte genießen eine besondere Bedeutung, da sie nach wie vor die wichtigsten Anlaufstellen für hochaltrige Patientinnen und Patienten darstellen. Die gesundheitspolitischen Strategien zur Aufwertung der Lotsen- oder Gate-keeper-Funktion der Hausärzte lassen einen differenzierten Blick auf deren Versorgungsauftrag und -alltag im Hinblick auf ihre hochaltrige Patientenschaft noch notwendiger erscheinen. Dieser Schwerpunkt wird außerdem gewählt, weil die hausärztliche Versorgung, trotz der hohen Popularität der Forderung nach ihrer Funktionsstärkung, von der Versorgungsforschung recht stiefmütterlich behandelt wird. Die Kommission hat deshalb jeweils eine schriftliche Expertise zur Frage der hausärztliche Versorgung Hochaltriger und den Alzheimerpatienten in der hausärztlichen Praxis eingeholt (Fischer, G.C. et al. 2001).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Versorgungsfragen für demenzielle Patientinnen und Patienten. Dies ist zum einen dem spezifischen Thema dieses Berichtes geschuldet, zum anderen sieht die Kommission die Probleme in der Versorgung Dementer als paradigmatisch an für den Umgang mit psychisch beeinträchtigten chronisch Kranken im deutschen Gesundheitswesen.

Die gerontopsychiatrische Versorgung bedarf der gleichen multiprofessionellen, mehrstufigen, integrierten Organisation wie die internistisch-geriatrische Medizin, wobei enge Verbindung und Kooperation beider Teildisziplinen wünschenswert ist. Obwohl die Betreuung und Behandlung Demenzkranker einen Schwerpunkt darstellt, dürfen darüber andere psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, nicht vernachlässigt werden. Auf die Ergebnisse einer Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Einrichtungen (BAG Psychiatrie) und die daraus resultierenden Leitlinien sei ausdrücklich hingewiesen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psy-

chiatrischer Krankenhäuser (BAG) 1997), ebenso auf das entsprechende Kapitel der Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich in der Bundesrepublik Deutschland (Aktion psychisch Kranke 1988) und die Expertise zum Dritten Altenbericht von Helmchen und Kanowski (2001). Die Leitlinien der BAG Psychiatrie empfehlen als Orientierungsgröße für die Versorgungsplanung einen Richtwert von 0,2 Betten/Plätze pro 1 000 Einwohner für die klinische gerontopsychiatrische Behandlung (30 bis 50 Betten/Plätze je Versorgungsregion), wovon 20 bis 25 Prozent für die tagesklinische Behandlung vorgesehen werden sollen. Gerade in diesem Bereich besteht ein erhebliches Defizit. Von besonderer Bedeutung für den Vierter Altenbericht ist das Ergebnis der Erhebung der BAG Psychiatrie, dass von den in die Allgemeinpsychiatrie integrierten stationären Versorgungsangeboten die Gruppe der hochaltrigen psychisch Kranken kaum erfasst wird (Helmchen & Kanowski 2001: 57–63 und 76–80). Die Nachteile einer Versorgung psychisch kranker Älterer in der Allgemeinpsychiatrie zeigen sich auch daran, dass sie im Vergleich zu denjenigen, die in spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen behandelt werden, ein dreifach höheres Risiko haben, anschließend in ein Pflegeheim verlegt zu werden.

4.5.2 Ambulante medizinische Versorgung

4.5.2.1 Hochaltrige als Klienten der Hausärzte[35]

4.5.2.1.1 Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Hochaltrige

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden unterschiedliche Konzepte zur besseren Vermittlung zwischen lebensweltlichen Gesundheitsproblemen und Medizinsystem und zur effizienteren Steuerung und Koordinierung der medizinischen Versorgungsangebote diskutiert. Dem überwiegenden Teil der Konzepte ist gemeinsam, dass sie eine bedeutende Stärkung und Aufwertung der Rolle der hausärztlichen bzw. primärärztlichen Versorgung ins Zentrum ihrer Reformüberlegungen stellen. Bereits gegenwärtig nimmt die hausärztliche Versorgung der Hochaltrigen einen breiten und bedeutenden Raum ein.

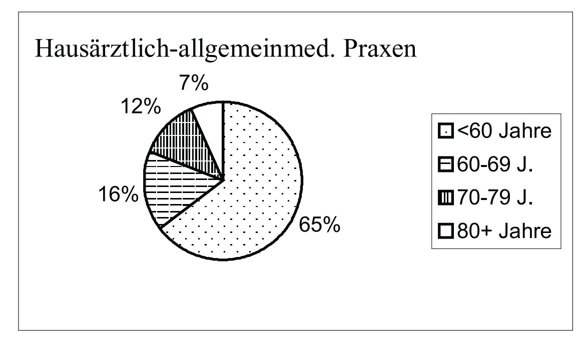
Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass 93 Prozent der 70-Jährigen und Älteren in regelmäßiger hausärztlicher Betreuung stehen. 42 Prozent der betreuenden Ärztinnen und Ärzte waren Allgemeinmediziner oder praktische Ärzte, bei 56 Prozent handelte es sich um Internisten. Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte der 70-Jährigen und Älteren pro Quartal lag in der Berliner Altersstudie bei 6,3. Allerdings nehmen auch 60 Prozent mindestens einen weiteren (Fach-)Arzt in Anspruch. (Linden et al. 1996: 480).

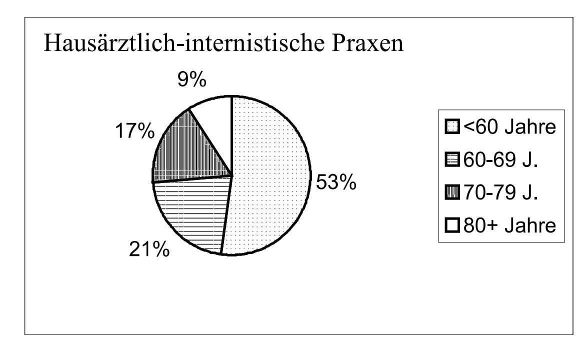
Auch innerhalb des gesamten Klientels von Hausärztinnen und Hausärzten stellen die Hochaltrigen eine bedeutende Gruppe dar. Daten des ADT-Panel-ZI Nordrhein aus dem Quartal III/2000 zeigen, dass über 70-Jährige 26 Prozent der Gesamtklientel bei hausärztlich tätigen Internisten ausmachen, bei Allgemeinmedizinern bzw. praktischen Ärzten sind es durchschnittlich 19 Prozent (Abbildung 4-2). Die älteren Patientinnen und Patienten haben zudem häufiger als jüngere Kontakt mit ihrem Hausarzt. Die über 80-Jährigen sehen ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt durchschnittlich sechs Mal im Quartal.

Im Stadt-Land-Vergleich zeigt sich, dass der Hausarzt für die Versorgung Hochaltriger im ländlichen Raum eine höheren Stellenwert hat als in städtischen Regionen. Grund dafür ist u. a., dass die spezialärztliche Versorgungsdichte um so niedriger liegt, je ländlicher die untersuchte Region ist (Fischer, G.C. et al. 2001). Für Allgemeinärzte lässt sich ein solcher Trend nicht nachweisen. Hierfür spielt die unterschiedliche Niederlassungsdichte eine wesentliche Rolle (siehe Tabelle 4-10, Seite 202).

Abbildung 4-2

Anteil der älteren Altersgruppen an der gesamten hausärztlichen Klientel





Quelle: Fischer, G.C. et al. 2001: Datenbasis ADT-Panel-ZI Nordheim 2000.

[35] Die Ausführungen dieses Kapitels stützen sich wesentlich auf die Expertisen von Fischer, G.C. et al. 2001.

Tabelle 4-10

Hausarzt- und Facharztdichte (am Beispiel der Internisten) nach Regionstyp

Regionstypen	Fachärztlich tätige Internisten	Hausärzte
	Einwohner je Arzt/Ärztin	
Verdichtungsräume		
1 Kernstädte	12 276	1 585
2 Hochverdichtete Kreise	30 563	1 872
3 Normalverdichtete Kreise	33 541	1 767
4 Ländliche Kreise	34 388	1 752
Räume mit Verdichtungsansätzen		
5 Kernstädte	9 574	1 565
6 Normalverdichtete Kreise	31 071	1 659
7 Ländliche Kreise	44 868	1 629
Ländliche Regionen		
8 Verdichtete Kreise	23 148	1 490
9 Ländliche Kreise	31 876	1 474
Sonderregion		
10 Ruhrgebiet	24 396	2 134

Quelle: Fischer, G. C. et al. 2001, Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (1998).

Den KBV-Angaben ist zu entnehmen, dass in ländlichen Gebieten bis zu rund 45 000 Einwohner auf einen als Fachspezialisten tätigen Internisten kommen, wohingegen diese Relation für Allgemeinärzte sich wenig unterscheidet und sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum bei rund 1 600 liegt. Dies unterstreicht die besondere Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Versorgung zu Hause lebender älterer Patientinnen und Patienten auf dem Lande.

4.5.2.1.2 Charakteristik der hausärztlichen Versorgungssituation – Potenziale und Probleme

In geriatrischen Reha-Kliniken machen Schlaganfälle, Schenkelhalsfrakturen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Arthrose den Hauptteil der Diagnosen aus. Im Vergleich dazu ist die primärmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung alter Menschen mit einem wesentlich breiteren Krankheitsspektrum konfrontiert. Die zehn häufigsten Diagnosen in der Primärversorgung machen weniger als 50 Prozent des gesamten Diagnosenspektrums der über 69-Jährigen aus (siehe Fischer, G.C. et al. 2001).

Die medizinische Versorgung und Betreuung durch die Hausärztin resp. den Hausarzt ist bei den alten Menschen und Hochaltrigen durch besondere Merkmale gekennzeichnet:

– Hausärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen und funktionellen Problemen. In Deutschland ist davon auszugehen, dass 90 % aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten einen Hausarzt regelmäßig konsultieren.

– Der Hausarzt hat gerade bei den älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten eine so genannte Lotsenfunktion (gate-keeping). Er berät und führt den Patienten in dem vielfältigen medizinischen Angebot. Insbesondere steht er für den Patienten im koordinierenden Kontakt mit verschiedenen Anbietern pflegerischer Hilfsangebote und anderen medizinischer Leistungsanbietern. Fischer et al. (2001) nennen als Basis der interkollegialen Kooperation die Überweisungstätigkeit. Die Entscheidung, einen hochaltrigen Patienten zu überweisen, geht in der Regel vom Hausarzt aus. Ältere Patientinnen und Patienten vertrauen auf die Bereitschaft ihres Hausarztes, einen Facharzt hinzuzuziehen, wenn es erforderlich ist (Thies-Zajonc 1995). Neben der interkollegialen Kooperation kommt dem Hausarzt in der Versorgung Hochaltriger eine große Bedeutung zu: in der Zusammenarbeit mit Pflegekräften und nicht ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten, sowie den Sozialdiensten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und weiteren sozialen Einrichtungen. Anders als bei der innerkollegialen werden in der interdisziplinären Kooperation erhebli-

che Probleme in der Kommunikation und Zusammenarbeit wahrgenommen. Die Auswirkungen sind gravierend: Sie liegen in der Diskontinuität der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten und in der Desintegration einzelner Aufgabenbereiche der Berufsgruppen (Döhner & Marben 1994, Döhner et al. 1995, Kauss et al. 1998).

– Es handelt sich in aller Regel um hausärztliche Tätigkeit, die durch eine Langzeitversorgung, z. B. regelmäßige Hausbesuche, und eine hohe Behandlungskontinuität bei den bestehenden chronischen Erkrankungen gekennzeichnet ist.

– Das komplexe Ineinandergreifen der medizinischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Versorgung der älteren Patientinnen und Patienten, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben, wird von den Hausärzten in der Regel gesehen und berücksichtigt. Eine wichtige Rolle spielt der Hausarzt auch in der präventiven Beratung Älterer.

– Die Behandlungspraxis muss immer die sozialen Beziehungen der hochaltrigen Patientinnen und Patienten als potenziell unterstützende oder auch belastende Faktoren mit berücksichtigen. Hausärztliche Versorgung ist eine familienzentrierte Versorgung.

– Es handelt sich um eine gemeindenahe Versorgung, da die Nutzung von Ressourcen im regionalen Umfeld systematisch für die Organisation von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen herangezogen werden muss und den Hausärzten hier eine koordinierende Aufgabe zufällt.

Die geschilderten Aufgaben der primärmedizinischen Versorgung zeigen, dass die Hausärztin und der Hausarzt im Prinzip in der einzigartigen Lage sind, die gesundheitliche Gesamtsituation einschließlich ihrer sozialen und funktionalen Auswirkungen zu überblicken und aufgrund des Langzeitkontaktes auch die psychologische Entwicklung des Patienten zu kennen.

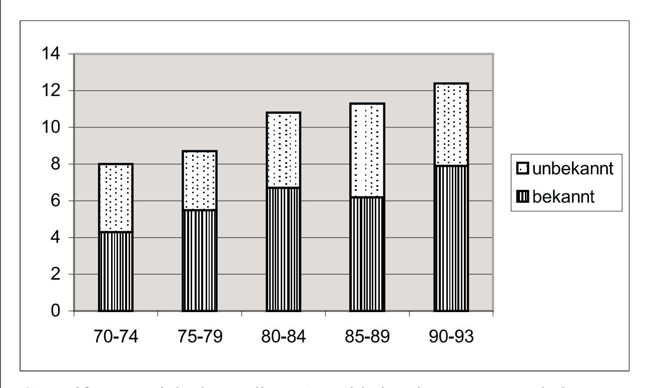
Für die hausärztliche Versorgung des alten Menschen ergeben sich weitere Herausforderungen. Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen bestehen enge Wechselbeziehungen zwischen psychischer und physischer Morbidität, Funktionseinschränkungen, sozialer Aktivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die Multimorbidität mit ihrer oft uncharakteristischen Ausprägung von Krankheitserscheinungen (Bruder et al. 1994) erfordert ein Abwägen zwischen umfangreichen diagnostischen Screening-Maßnahmen (Schrotschuss-Diagnostik) und punktuell gezielter Ursachensuche (Fischer, G.C. et al. 2001). Auch im therapeutischen Bereich muss abgewogen werden, welche Erkrankungen primär behandlungsbedürftig sind und welche Nebenwirkungen und Interaktionen durch multiple Interventionsmaßnahmen entstehen können. Dies gilt besonders für eine kritisch abgewogene, häufig unumgängliche gleichzeitige Behandlung mit mehreren Medikamenten. Hierbei sind unerwünschte Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Medikamente untereinander zu berücksichtigen. Ärztinnen und Ärzte können sich zudem kaum auf wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von Erkrankungen im Alter stützen, da besonders hochaltrige Menschen in aller Regel von systematischen Studien ausgeschlossen werden (Earl-Slater 1998; Pientka & Friedrich 2000). Schwierig gestaltet sich auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Interventionsstudien für die hausärztliche Situation, da sie im experimentellen Setting stattfinden und nicht der ärztlichen Alltagspraxis entsprechen.

Sowohl für die Erkrankungen als auch für die Funktionseinbußen im Alter gilt, dass sie in ihrer Entstehung und Ausprägung bei Betagten und Hochaltrigen äußerst vielfältig sind. Gerade bei den Hochaltrigen spielen alterstypische Beschwerden und Symptome eine große Rolle, die nicht eindeutig bestimmten Erkrankungen zuzuordnen sind. Die häufigsten Beschwerden (mehr als 30 Prozent) bei über 70-Jährigen und Älteren sind nach der Hannoverschen Ages-Befragung: Sturz, Schwindel, Atemnot, chronischer Schmerz, Inkontinenz- und Prostataprobleme, Angst, Verlusterlebnis und Kontaktdefizite. Aus der Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte sind Depressionen, kognitive Verluste, Einschränkungen der Mobilität, chronischer Schmerz und die Einsamkeit die vorrangigsten Probleme in der Betreuung Hochaltriger (Fischer, G.C. et al. 2001).

Ein für die hausärztliche Versorgung sehr relevantes Altersphänomen ist schließlich das so genannte „underreporting“ (Junius et al. 1995). Etliche in Großbritannien durchgeführte Studien belegen, dass erst bei einem arzt-initiierten Kontakt – z. B. bei einer Vorsorgeuntersuchung – wichtige Gesundheitsprobleme im Alter zu Tage gefördert werden (Junius et al. 1994). Auch die Hannoversche Studie zum geriatrisch-gerontologischen Screening von 1994 belegte, dass dem Hausarzt höchstens zwei Drittel aller Gesundheitsprobleme seiner älteren Klientel vor der Untersuchung bekannt waren (siehe Abbildung 4-3, Fischer, G. C. et al. 1997).

Abbildung 4-3

Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsproblemen nach Alterskohorten



Gestreifter Bereich der Balken: Anzahl der dem Hausarzt bekannten Probleme, gepunkteter Bereich der Balken: durch ein Screening neu aufgedeckte Anzahl von Gesundheitsproblemen.

Quelle: Fischer, G.C. et al. (2001); Basisdaten: AGES Studie 1994.

Eine weitere Herausforderung für den Hausarzt in der Behandlung der Hochaltrigen ist die hausärztliche Versorgung Sterbender. Ein Problem in der palliativen Betreuung moribunder Patientinnen und Patienten stellt die Schmerztherapie dar, die noch immer als unzureichend anzusehen ist. Wenn es für diese Patientinnen und Patienten eine ausreichende ambulante Schmerztherapie gäbe, könnte ein Teil der Einweisungen in Krankenhäuser oft vermieden werden. Neben den medizinischen Problemen stellt die Versorgung dieser Personen auch eine seelische Belastung für das Pflegepersonal und die Hausärztinnen und Hausärzte dar. Bislang wurden nur auf Modellebene palliativmedizinische ambulante Betreuungsnetze für zu Hause Sterbende erprobt. Aus hausärztlicher Sicht wäre eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Palliativpflegediensten und ambulanten Hospizdiensten geeignet, die hausärztliche Betreuung Hochaltriger zu optimieren und zu erleichtern.

Von Bedeutung ist auch die Betrachtung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen in Abhängigkeit vom Alter. Fischer et al. (2001) haben für die Sachverständigenkommission Daten des Arzt-Panels der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ausgewertet, das ca. 450 Arztpraxen einschließt. Es ließen sich für das 1. Quartal 2001 die Veränderungen des Leistungsbedarfs, der Arztkontakte und der Leistungsgewährung nach dem Patientenalter darstellen. Für die absolute Patientenzahl zeigt sich in dieser Region, dass ab dem 70. Lebensjahr die Zahl der Patientinnen und Patienten wegen der zunehmenden Sterblichkeit erwartungsgemäß stark abnimmt. Die Anzahl der abgerechneten Leistungsziffern (EBM-Ziffern) pro Quartal zeigt dagegen einen entgegengesetzten Trend: im Alter von 60 bis 69 Jahren werden 13,7 Leistungsziffern; im Alter von über 90 Jahren 20,7 Leistungsziffern pro Patient und pro Quartal abgerechnet. Während also die Zahl der Patientinnen und Patienten mit zunehmendem Alter stark abnimmt, ist mit einer zunehmenden Zahl erbrachter Leistungen pro Patient zu rechnen.

Mit dem Alter nimmt auch die Zahl von Arzt/Patientenkontakten und Diagnosen je Patient zu. Während die 60- bis 69-Jährigen den Hausarzt durchschnittlich 4,2 mal pro Quartal kontaktieren, steigt diese Zahl auf rund 6,6 Kontakte/pro Quartal bei den Hochaltrigen an. Parallel steigt auch der Leistungsbedarf nach abgerechneten Punktwerten absolut je Patient von 1 330 Punkten bei den 60- bis 69-Jährigen auf über das Doppelte mit 2 776 Punkten bei über 89-Jährigen.

Betrachtet man den Leistungsbedarf von allgemeinärztlich behandelten Patientinnen und Patienten – gegliedert nach den Leistungsblöcken der Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), so ergibt sich für die einzelnen Altersdekaden ein unterschiedlicher Verlauf des Leistungsbedarfs. Alle Arten von Leistungsanforderungen, außer die der Gruppe „Grundleistungen, Prävention, Sonstige Hilfen“, steigen mit zunehmendem Alter in den einzelnen Altersgruppen kontinuierlich bis zum 60. Lebensalter an. Dabei nehmen die der Gruppe „Grundlagen, Prävention. Sonstige Hilfen“ zugeordneten Leistungsanforderungen bis zum 60. Lebensjahr ab. Nach dem 60. Lebensjahr ändert sich der Verlauf der verordneten Leistungen. Leistungen der Gruppe „Grundlagen Prävention, Sonstige Hilfen“ werden wieder zunehmend angefordert, die übrigen Leistungen immer weniger. Sie beinhalten die hausärztliche Grundvergütung, Ordinations-, Konsultationsgebühren, hausärztliche Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen (therapeutisches hausärztliches Gespräch), Besuche, Ganzkörperuntersuchung, Blutentnahme, Injektionen u. a. Die als typischerweise hausärztlich zu bezeichnenden Leistungen werden für Patientinnen und Patienten ab dem 60. Lebensjahr zunehmend angefordert, andere Leistungen, die stärker spezifisch diagnostisch orientiert sind, werden von den Ärztinnen und Ärzten weniger verordnet. Ob dieses Verhalten angemessen ist oder zunehmender diagnostisch-nihilistischer Einstellung gegenüber hochaltrigen Patientinnen und Patienten folgt, kann aufgrund dieser Daten nicht beurteilt werden.

4.5.2.2 Hausärztliche Versorgung Demenzkranker

Wegen der zukünftigen Zunahme der Zahl der Hochaltrigen, wird die Krankheit Demenz auch in der hausärztlichen Versorgung einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Ein breites Wissen der Diagnostik und Behandlung unterschiedlicher Formen der Demenz ist deshalb dringend gefordert, denn diese Krankheit wirkt sich auf nahezu alle Handlungen und Lebensbereiche des älteren Patienten aus. Bereits jetzt, bei derzeit etwa 1 Million manifest Erkrankter, entfallen im Durchschnitt etwa 25 bis 35 Demenzpatienten auf einen Hausarzt.

Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Versorgung von Demenzkranken nicht nur deshalb eine Schlüsselrolle, weil sie aufgrund der hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, der somatischen Komorbidität und des im Krankheitsverlauf wachsenden Erfordernisses von Hausbesuchen hauptverantwortlich für die medizinische Langzeitbetreuung sind. Sie sind für die an einer Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in der Regel auch die ersten Kontaktpersonen im medizinischen Versorgungssystem und nehmen damit entscheidenden Einfluss auf rechtzeitiges diagnostisches und damit auch therapeutisches Vorgehen. Wie sie diese Rolle bei dem Erkennen, der Differentialdiagnostik und der Behandlung von Demenzen wahrnehmen, ist lediglich bruchstückhaft aus wenigen Untersuchungen bekannt, deren Resultate einerseits nicht unerhebliche Defizite aufzeigen, andererseits belegen, dass angemessene Hilfen und Leitlinien die Effizienz der Hausärzte in diesem Feld deutlich verbessern können.

Grundsätzlich sollten Hausärztinnen und Hausärzte am besten in der Lage sein, demenzielle Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der Altenbevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patientinnen und Patienten vertraut sind. Eine Reihe von Studien weckt aber Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Teilweise sind Hausärztinnen und Hausärzte über einfache Grundlagen der Diagnostik und Behandlung demenzieller Erkrankungen nur unzureichend informiert. Dies liegt zum großen Teil daran, dass es bisher nicht gelungen ist, Forschungserkenntnisse aus-

reichend in die Praxis zu vermitteln. Selbst Fachärztinnen und Fachärzte führen oft keine konsequente Diagnostik und somit auch keine adäquate Therapie durch (Hallauer et al. 1999). International übereinstimmend ergibt sich, dass die Spezifität der hausärztlichen Einschätzung von Demenzen zwar hoch ist, die Sensitivität hingegen gering (Eefsting et al. 1996, Mant et al. 1988, O'Connor et al. 1988, Wind et al. 1994), d. h. bei 40 bis 60 Prozent der Demenzkanken wird diese Erkrankung vom Hausarzt übersehen. Eine jüngst von Sandholzer et al. (1999) in 67 Allgemeinpraxen aus dem Raum von Hannover und Leipzig durchgeführte Untersuchung erbrachte noch ungünstigere Ergebnisse. Bemessen an einem kognitiven Screening, betrug die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung nur 14 Prozent. Bei 86 Prozent der im Testverfahren auffälligen und somit möglicherweise an demenziellen Störungen leidenden Patientinnen und Patienten waren dem Hausarzt die kognitiven Beeinträchtigungen nicht bekannt. Ähnliche Resultate wurden in einer Studie mit Fallvignetten erzielt (Sandholzer & Stoppe 1996), in der nur 14,4 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Schilderung leichter kognitiver Defizite und 41,5 Prozent bei der Schilderung einer mittelgradigen Demenz den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung äußerten.

Zahlreiche Gründe dürften zu dieser ungenügenden Treffsicherheit, die insbesondere auf eine mangelhafte Früherkennung leichterer Demenzstadien zurückgeht, beitragen. In einer nicht publizierten Untersuchung der Anfang der Neunzigerjahre arbeitenden Gruppe „Ärzte gegen Demenz" konnte bei einer Umfrage unter 1 000 Ärztinnen und Ärzten lediglich bei 5 Prozent ein hinreichender Kenntnisstand zu Demenzen gefunden werden. Neuere Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse. So werden erhebliche Defizite in Diagnostik, d. h. fehlender Einsatz obligater Untersuchungsmethoden, deutlich (Hallauer et al. 1999).

Auch nach einer französischen Studie an 300 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern fehlt es teilweise an grundlegenden Kenntnissen (Ledesert & Ritchie 1994). Nur 30 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte war die Existenz klinischer Diagnosekriterien wie DSM-III-R bewusst; nur 12 Prozent gaben an, sie im Praxisalltag heranzuziehen. Die Zahl der dementen Patientinnen und Patienten, die sie im Verlauf eines Jahres sehen, bezifferten sie im Mittel auf sechs Fälle, was auf eine erhebliche Unterschätzung der Häufigkeit von Demenzerkrankungen hindeutet. Kurze kognitive Screeningverfahren, die bisher offenbar kaum Eingang in die Primärversorgung gefunden haben (Sandholzer & Stoppe 1996;Hallauer et al. 1999), verwendeten nach eigenen Angaben nur 28 Prozent der Ärztinnen und Ärzte. Wenn keine aktive Frühdiagnose betrieben wird, können viele Demenzen in den Anfangsstadien der Aufmerksamkeit entgehen, da die Patientinnen und Patienten nur selten über zunehmende Gedächtnisstörungen klagen und die Angehörigen gewöhnlich erst bei stärker fortgeschrittenen Beeinträchtigungen Rat suchen. So stellte O'Connor (1994) fest, dass ältere Patientinnen und Patienten mit leichter Demenz auf gezielte Nachfrage zwar großenteils Gedächtnisprobleme einräumten, diese jedoch bagatellisierten und in keinem Fall spontan im Kontakt mit dem Arzt zur Sprache brachten. Die betreuenden Angehörigen bemerkten durchaus die Einbußen, hielten sie aber für eine unausweichliche Begleiterscheinung des hohen Lebensalters, über die sich nur wenige mit einem Arzt berieten.

Eine Studie in Mannheimer Allgemeinpraxen (Cooper, B. et al. 1992) legt hingegen den Schluss nahe, dass es nicht so sehr die fehlende Vertrautheit mit dem Zustand der Patientinnen und Patienten ist, die einen bedeutsamen Einfluss auf die Diagnosegenauigkeit nimmt, sondern möglicherweise die fehlende Vertrautheit mit den Diagnosekriterien. Denn eine Einschätzung der kognitiven Störungen anhand eines kurzen Leitfadens, in dem die Demenzschweregrade umgangssprachlich charakterisiert wurden, führte zur korrekten Identifikation von mehr als 90 Prozent der Demenzkranken (99 Prozent der schweren und 79 Prozent der leichten Formen). Den Hausärztinnen und Hausärzten ist danach der kognitive Zustand ihrer Patientinnen und Patienten wesentlich besser bekannt, als die zuvor genannten Resultate vermuten lassen. Sie scheinen die Diagnose Demenz aber sehr zurückhaltend zu verwenden und den fortgeschrittenen, von Pflege- und Beaufsichtigungsbedürftigkeit gekennzeichneten Erkrankungsstadien vorzubehalten.

Auch wenn sie Verschlechterungen der kognitiven Fähigkeiten bei ihren älteren Patientinnen und Patienten beobachten, nehmen die Hausärztinnen und Hausärzte häufig zunächst eine abwartende Haltung ein. Es scheint die Meinung vorzuherrschen, eine Behandlung verspreche so wenig Aussicht auf Erfolg, dass für die Patientinnen und Patienten aus der Diagnose einer Demenz kein Nutzen resultiere. Für alle Beteiligten sei es deshalb umso besser, je weniger man – zumindest in den frühen Krankheitsstadien – darüber spreche und zur Abklärung der Störungen und ihrer Behandlung unternehme (O'Connor 1994). Nur selten wird eine weitere Diagnostik und Therapie eingeleitet, selbst wenn die Resultate einer objektiven Leistungsprüfung vorliegen (Sandholzer et al. 1999). Bildgebende und andere apparative Diagnoseverfahren werden bei beginnenden bzw. leichten Störungen häufig aus Kostengründen selten in Erwägung gezogen. Sofern sie zum Einsatz kommen, geschieht dies erst im schwereren Stadium der Erkrankung und auch dann in unzureichendem Umfang (Hallauer et al. 1999).

In der Mannheimer Altenheimstudie und in der Berliner Altersstudie zeigen sich auch erhebliche Defizite bei der Behandlung: In beiden Studien fand sich eine erhebliche Unterversorgung Demenzkranker mit Antidementiva, während Neuroleptika zur Ruhigstellung sehr häufig verordnet wurden. Ebenso wurde ein erheblicher Anteil depressiver Patientinnen und Patienten überhaupt nicht oder nicht adäquat (z.B. mit Antidepressiva) behandelt.

Repräsentative Studien zum Überweisungsverhalten der Hausärztinnen und Hausärzte fehlen bisher. Aus den auf die Befragung von Angehörigen Demenzkranker gestützten Ergebnissen einer Feldstudie ist zu schließen, dass zwar alle durch einen Hausarzt betreut werden, dass aber nur ein Drittel der älteren Patientinnen und Patienten im Krankheitsverlauf in fachärztliche Behandlung gelangt (Bickel 1995a). Die Inanspruchnahmerate verhält sich invers zur sozialen Schichtzugehörigkeit und zum Alter bei

Erkrankungsbeginn. Entwickelt sich die Demenz im Alter von weniger als 75 Jahren, wird in wenigstens zwei Drittel der Fälle ein Facharzt zu Rate gezogen, während die Anteile mit zunehmendem Alter steil auf schließlich nur knapp mehr als 10 Prozent bei den über 90-Jährigen abfallen. Hieraus lässt sich für die Gruppe der Hochaltrigen eine besonders nachteilige Behandlung durch Hausärztinnen und Hausärzte ableiten. Es ist allerdings zu beachten, dass die Regionen eine unterschiedliche Versorgungsdichte mit Fachärztinnen und Fachärzten aufweisen (siehe Tabelle 4-10). Die Versorgung mit Nervenärzten und Psychotherapeuten ist in den Stadtstaaten sowie Baden-Württemberg und Bayern am Besten, in den neuen Bundesländern und im Norden mit Ausnahme von Schleswig-Holstein am schlechtesten (Fritze et al. 2001).

Die größten Chancen auf umfassende und sachgerechte Versorgung scheinen jüngere Patientinnen und Patienten zu haben. Bei Hochaltrigen, die oft ausschließlich durch den Hausarzt betreut werden, setzen diagnostische Maßnahmen vielfach zu spät ein, sind unzureichend oder werden gänzlich vernachlässigt, da man glaubt, keine geeigneten therapeutischen Konsequenzen ziehen zu können oder es „lohne“ sich angesichts des hohen Lebensalters nicht mehr. Die Defizite im diagnostischen und therapeutischen Bereich verlangen nach einer besseren Vermittlung des Kenntnisstandes auf der Ebene der Primärversorgung.

Helmchen & Kanowski (2001: 69) sehen für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung speziell der Demenzkranken zwei Alternativen:

> „Wenn diese Aufgabe von Hausärzten/Allgemeinärzten übernommen werden sollte, verlangt dies eine intensive, flächendeckende Schulung derselben, bzw. eine wesentlich intensivere konsiliarische Kooperation per Überweisung mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie, deren gerontopsychiatrische Kompetenz ebenfalls im Rahmen der Weiterbildung zu stärken wäre. Der alternative Weg wäre, Gedächtnissprechstunden/Memory Clinics in ausreichender Zahl und Flächendeckung zu gründen, die allerdings von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung akzeptiert werden müßten, um ihre Leistungen im Rahmen des Budgets der gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnungsfähig zu gestalten. Man könnte durchaus auch daran denken, die Entwicklung psychiatrischer Praxen mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie anzuregen, die dann eine weitere Alternative für die Lösung dieses Problems böten.“

Was darüber hinausgehend die personelle Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung betriff, so sei auf die Ausführungen der genannten Autoren zu den schon von der Expertenkommission für die Psychiatrie (Aktion Psychisch Kranke e.V. 1988: 74–75) empfohlenen Gerontopsychiatrischen Zentren bzw. Gerontopsychiatrischen Versorgungsverbünden hingewiesen. Beide haben sich in der Praxis als ergänzende Einrichtungen bzw. integrativ im Sinne der Vernetzung wirksamer Zusammenschlüsse regional existierender Versorgungsbausteine bewährt.

Weiterbildungsordnung und Fortbildungsprogramme für Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin sollten verstärkt gerontopsychiatrisches Wissen vermitteln, gleichzeitig aber die Grenzen der hausärztlichen diagnostischen und therapeutischen Kompetenz aufzeigen und Anhaltspunkte nennen, in welchen Fällen die Hinzuziehung gerontopsychiatrischen Sachverstandes angezeigt ist. Diagnostik und Behandlung schwieriger und komplizierter psychischer Erkrankungen, und das gilt auch für demenzielle Krankheitsbilder, müssen der Kompetenz des Psychiaters/Gerontopsychiaters vorbehalten bleiben (Kretschmar 1993a, b). Ärztliche Weiterbildung über demenzielle Erkrankungen – das gilt im Übrigen auch für Depressionen – ist deshalb eine besonders dringende Aufgabe. Diese Aufgabe wurde bislang nahezu ausschließlich durch finanzielle Unterstützung der Industrie ermöglicht. Durch die neuen Regelungen zur Vorteilsannahme (Antikorruptionsvereinbarung) und der damit möglicherweise verbundenen strafrechtlichen Probleme, ist es nicht abwegig zu befürchten, dass die Weiterbildung im Bereich Demenz gänzlich zum Erliegen kommen könnte. Hieraus ergibt sich eine alternative Konsequenz: entweder staatlich geförderte ärztliche Fortbildungsprogramme zu initiieren oder Regelungen zu schaffen, die die sonst allseits geforderte Drittmittelförderung nicht weitgehend unmöglich machen.

4.5.2.3 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger im Heim[36]

Es existieren in Deutschland im Wesentlichen zwei Modelle für die ärztliche Versorgung von alten Heimbewohnern. Zum einen erfolgt die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte in Form von regelmäßigen „Hausbesuchen“ bei ihren Patientinnen und Patienten im Pflegeheim, z. B. wöchentlich bis 14-tägig, wobei die meisten Pflegeheime mit mehreren Hausärztinnen und/oder Hausärzten zusammenarbeiten. Zum anderen existieren oder existierten in einigen Bundesländern Heimarztsysteme. Dort besteht für die Heimbewohner die Möglichkeit, sich von angestellten Ärztinnen und Ärzten des Heimes medizinisch versorgen zu lassen. Durch die mit der Pflegeversicherung veränderten Finanzierungsmodalitäten wurden allerdings neue Probleme aufgeworfen, die dazu geführt haben, dass Heimarztmodelle nur vereinzelt zu finden sind.

Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger ist unabhängig von dieser Systemfrage bis heute ein von zahlreichen Problemen und Konflikten geprägtes Versorgungsfeld. Zunächst unterscheiden sich die Pflegeheimbewohner ganz massiv von der durchschnittlichen Wohnbevölkerung. Es handelt sich in der Regel um intensiv hilfs- und pflegebedürftige, multipel chronisch kranke, alte bis hochaltrige

[36] Die Ausführungen dieses Abschnitts sützen sich im Wesentlichen auf die Expertise Fischer, G.C. et al. 2001 für den vorliegenden Altenbericht sowie eine Expertise von Helmchen & Kanowski 2001 für den Dritten Altenbericht.

Menschen, die in ihrer Mobilität bis hin zur Bettgebundenheit deutlich eingeschränkt sind und intensiver ärztlicher Betreuung bedürfen. Hochaltrige Heimbewohner können in der Regel die Praxis eines niedergelassen Hausarztes nicht mehr aufsuchen und so wird der aus ärztlicher Perspektive sehr aufwendige „Hausbesuch“ bei diesen Patientinnen und Patienten von der Ausnahme zur Regel.

Aus der Sicht niedergelassener Ärzte ergeben sich weitere Probleme. Chronisch kranke, multimorbide Pflegeheimpatienten bedürfen (kosten-)intensiver Behandlung und Medikation. Sie belasten damit das diagnostische, Arzneimittel- und sonstige Therapiebudget erheblich, vor allem unter der Bedingung der Budgetierung. Aus einer rein ökonomischen Perspektive führt dies häufig dazu, dass Arztpraxen sich nur die Betreuung einer begrenzten Anzahl von Pflegeheimpatienten „leisten“ können. Ferner haben die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keinen Einfluss auf die Prinzipien der Heimführung, die therapeutische Milieugestaltung, die allgemeine und individuelle Planung und Durchführung von Pflege- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Für die Institution Pflegeheim verbinden sich Probleme mit der zum Teil großen Anzahl der Hausärzte, die Patientinnen und Patienten im Heim haben. Je mehr Ärztinnen und Ärzte in einem Heim ein und aus gehen, um so unübersichtlicher ist die Handhabung der medikamentösen Polypragmasie des überwiegenden Teils der Bewohnerinnen und Bewohner. Dies erschwert es dem Personal außerordentlich, systematische Erfahrungen mit einzelnen Medikamenten zu gewinnen, da selbst bei gleichen Beschwerden und Erkrankungen unterschiedliche Substanzen oder Chargen angewandt werden. Die Versorgung in der Nacht und an Wochenenden bzw. Feiertagen kann in der Regel nicht durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Hier muss der notärztliche Dienst eingeschaltet werden, der keinen dauerhaften Kontakt zu den Patientinnen und Patienten hat. Die Folge hiervon sind häufige, zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen. Auch tagsüber ist es für das Personal im Pflegeheim schwierig, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte während der Sprechstunden zumindest telefonisch zu erreichen, um auftretende Fragen und Probleme abklären zu können. Das zentrale Problem der Heimversorgung durch niedergelassene Ärzte besteht aber nach übereinstimmenden Erfahrungen aus der Praxis, in den auftretenden Kommunikations- und Kooperationsschwierigkeiten der im Heim arbeitenden Berufsgruppen. Die gelingende Kommunikation zwischen Pflegepersonal und den betreuenden Ärztinnen und Ärzten ist aber der zentrale Faktor für eine gute medizinische Versorgung im Heim.

Befragungen des Pflegepersonals hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit haben erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal ergeben. So wird angegeben, dass Visiten ohne Information des Personals stattfinden und die Medikamentenverordnung lediglich durch die Ablage eines Rezeptes im Dienstzimmer der Einrichtung erfolgt.

Aufgrund nur sporadischer Kontakte kann eine Teamsituation kaum entstehen. Kommunikationsdefizite bestehen auch mit den Angehörigen, die bei dementen Patientinnen und Patienten häufig als gesetzliche Betreuer eingesetzt sind. Es besteht jedoch ein Mitspracherecht der Betreuer bei weiterreichenden medizinischen Interventionen (vgl. auch Kapitel 5). Ein weiteres Problem ist der mangelnde Informationsfluss zwischen allen an der Pflege beteiligten Akteuren (Angehörigen, Pflegepersonal, Arzt, soziale Dienste) hinsichtlich des Verhaltens bei Zustandsverschlechterung, da kein systematischer Informationsaustausch in der Heimsituation institutionalisiert ist. Systematische Regelungen, die Absprachen zwischen Hausarzt und Angehörigen ermöglichen, stellen heute die Ausnahme dar.

In einem Großteil der Einrichtungen existieren Systeme für die Pflegedokumentation. Neben der Informationssammlung zu biografischen Daten, pflegerischen Maßnahmen und Verlaufsdokumentation, dienen die Dokumentationssysteme auch der Niederlegung ärztlicher Anordnungen, Medikation etc. Sie können ergänzt werden um standardisierte Überleitungsbögen, zum Zwecke der Datenweitergabe bei Verlegung oder Krankenhauseinweisung, wie sie im Rahmen von Modellprojekten entwickelt worden sind. Lückenhafte oder widersprüchliche Dokumentationen sind in der Vergangenheit nicht selten Anlass für Klagen im doppelten Wortsinn gewesen.

Pflegedokumentationen sind zur Qualitätssicherung der Pflege und auch als Kommunikationsmittel unabdingbar. Die Expertise von Fischer, G. C. et al. (2001) weist auf die Probleme von Seiten der Heimleitungen hin, die betreuenden Ärztinnen und Ärzte dazu zu bringen, ihre Anweisungen in die vorliegende Dokumentation sachgemäß und begründend einzufügen.

Zu typischen Konflikten kommt es insbesondere im Zusammenhang mit Ernährungsfragen (Ernährungssonde versus langwieriges Füttern) und im Umgang mit verwirrten und unruhigen Bewohnerinnen und Bewohnern (Medikation versus Mobilisation). Die Verordnung von Psychopharmaka, der Einsatz von bewegungseinschränkenden Maßnahmen und die Überwachung einer Dekubitusbehandlung ist der ärztlichen und damit auch der juristischen Mitverantwortung zuzuordnen. All diese Situationen können die Hinzuziehung fachärztlichen, insbesondere psychiatrischen Konsils erfordern. Hausärztinnen und Hausärzte selbst erleben die Versorgung ihrer institutionalisierten hochaltrigen Patientinnen und Patienten in vielerlei Hinsicht als belastend (Fischer, G.C. et al. 2001). Sie fühlen sich oft einem erheblichen Druck seitens des Pflegepersonals ausgesetzt, Beruhigungsmittel zu verordnen. Auch fehlt es ihnen in der subjektiven Wahrnehmung an direkten und hinreichend ausführlichen Kontakten mit dem Pflegepersonal. Nicht selten wird die Pflegequalität als so schlecht eingeschätzt, dass Hausärztinnen und Hausärzte eigentlich eine Auseinandersetzung mit Heimleitung und Pflegepersonal eingehen müssten, aber aufgrund der mangelnden Eingriffsmöglichkeiten davon Abstand nehmen.

Es ist davon auszugehen, dass unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Heimen

ein Teil der behandelbaren Erkrankungen nicht erkannt wird, was insbesondere für psychiatrische Krankheitsbilder (z. B. depressive Störungen oder die Entwicklung demenzieller Erkrankungen) zutrifft (Riedel-Heller et al. 1999), wobei die unpräzise Diagnose „Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)“ oft pauschal ohne weiterführende Differenzierung und Therapieplanung ausgesprochen wird. Die oben getroffenen Aussagen zur hausärztlichen Versorgung Demenzkranker gelten auch für die ärztliche Versorgung psychisch Kranker im Pflegeheimbereich generell. Kretschmar (1993a) weist darauf hin, dass die Versorgung psychisch Kranker in Alten- und Pflegeheimen überwiegend durch praktische Ärzte wahrgenommen wird, während Nervenärzte nur in 12 bis 33 Prozent der Fälle an der Heimversorgung beteiligt sind. Das spezifische Morbiditätsspektrum der Heimbewohner, die jeweilige Einstellung der Heimleitung sowie des Personals zu psychiatrischen Fachärzten und zu psychischen Krankheiten scheinen die wesentlichen Faktoren für die geringe Inanspruchnahme psychiatrischer Kompetenz im Heimbereich zu sein. Neben der direkten fachärztlichen Betreuung psychisch Erkrankter in Pflegeheimen sieht Kretschmar (1993a) die psychiatrische Fortbildung des Personals und das patientenbezogene Gespräch während oder im Anschluss an die Visiten als wesentliche Aufgabe des Psychiaters in diesem Versorgungsbereich an (siehe hierzu und zu den folgenden Ansätzen auch: Helmchen & Kanowski 2001). Unter Verweis auf die Nervenarztstudie (Bochnik & Koch 1990) betont er, dass in der ambulanten Versorgung die rechtzeitige Zuweisung zum niedergelassenen Nervenarzt die Voraussetzung für eine optimale und effiziente ambulante Therapie sei (Kretschmar 1993a). Diesbezüglich bestehen in der Praxis noch erhebliche Defizite. In der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung ist im Hinblick auf eine zuverlässige und frühzeitige Diagnostik insbesondere von depressiven und demenziellen Erkrankungen eine stärkere psychiatrische Beteiligung notwendig.

Seit längerem gibt es die Forderung, ärztliche Kompetenz in einer strikteren und besser organisierten Weise in die Heimstrukturen einzubinden und an der Entwicklung und Supervision der im Heimbereich notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Angebote im Rahmen der Heimleitung zu beteiligen. Ahlert et al. (1991, S. 49) schreiben hierzu:

> „Heime für alte Menschen mit dem Schwerpunkt Behandlung, Pflege und Therapie benötigen einen ständig anwesenden bzw. rufbereiten Arzt für die ärztliche Behandlung der Heimbewohner. Sie benötigen die Mitwirkung eines verantwortlichen Arztes an der Entwicklung und Überprüfung von Heimkonzepten. Das Pflegepersonal und das therapeutische Personal müssen ihr eigenes Fachwissen in Teambesprechungen durch das Fachwissen und den Patientenzugang des Arztes ergänzt sehen. Aber: Die Heime für alte Menschen dürfen nicht durch die konventionelle Arztperspektive dominiert werden, sie sind keine Krankenhäuser, sondern sie sind der letzte Wohnaufenthalt ihrer Bewohner. Es gibt keinen Grund anzunehmen, die Einbeziehung des Arztes in das Heim ohne diese Dominanz könne nicht gelingen... Heimärzte sind eine Chance, die Hinwendung der Medizin zu chronisch kranken alten Menschen zu stimulieren.“

Am Schluss ihres Beitrages zur Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung im Heimbereich betonen sie: „So bietet sich die Chance der Einrichtung ärztlicher Ausbildungsplätze in den Heimen. Zu der geforderten neuen Kultur der Heime für alte Menschen zählt auch eine neue Kultur der ärztlichen Hinwendung zu chronischen Erkrankungszuständen alter Menschen, zur Erhaltenstherapie ebenso wie zur Sterbebegleitung“ (ebd., S. 57). Die Autoren unterschieden sechs Formen der Organisation der ärztlichen Versorgung im Heimbereich (S. 52) und diskutieren kurz deren Vor- und Nachteile. Sie wenden sich insbesondere gegen so genannte „Schmetterlingslösungen“, bei denen der Arztbesuch in der sprechstundenfreien Zeit am Mittwochnachmittag und Samstagmorgen stattfindet und damit kurze Anwesenheitszeiten des Arztes vorprogrammiert sind und auch ein Engagement für das Heim als Institution in der Regel unterbleibt. Unter solchen Bedingungen gibt es nur eine beschränkte Kommunikation mit Patienten, Heimmitarbeitern und Heimleitungen. Die Autoren wiesen auch darauf hin, dass eine mittlere Allgemeinpraxis nicht mehr als etwa 30 Heimpatienten verkrafte, die als höhergradig pflegebedürftig eingestuft sind, ohne die Gefahr von Regressverfahren für den Arzt auszulösen. Unter Budgetbegrenzungen in der ärztlichen ambulanten Versorgung dürfte die Belastungsgrenze eher noch niedriger sein.

Bei Heimen mit einem hohen Anteil von chronisch psychisch kranken alten Menschen ist die Verbesserung der gerontopsychiatrischen ärztlichen Versorgung in dem genannten Sinne vorrangig vor anderen Fachdisziplinen. Das Gleiche gilt für die geriatrische Präsenz in Heimen mit einem geringen Anteil chronisch psychisch Kranker. Soweit die Versorgung durch andere Fachärzte notwendig ist, kann dieselbe konsiliarisch erfolgen. Das Konzept von Heimärzten schließt die freie Arztwahl durch die Heimbewohner keineswegs aus.

4.5.2.4 Andere ambulante Versorgungsangebote

Ambulante geriatrische Rehabilitation

Insbesondere im Zusammenhang mit der jetzt anstehenden Einführung eines neuen Entgeltsystems im Krankenhaussektor wird die Schaffung von komplementären Einrichtungen immer wichtiger und dringender. Mit dem bevorstehenden Wechsel von den aufenthaltsdauerabhängigen Entgelten zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen wird es voraussichtlich zu drastischen Verkürzungen der Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und zu einer vermehrten Inanspruchnahme komplementärer Einrichtungen vor allem Tageskliniken und ambulanten Versorgungseinrichtungen kommen.

Über die Notwendigkeit ambulanter geriatrischer Rehabilitation gibt es in der Fachdiskussion keinen Dissens: Alle beteiligten Gruppen halten dieselbe für einen notwendigen und logischen Baustein innerhalb des abgestuften Versorgungskonzeptes gerade für die älteren Menschen. Sie ist

dessen vierte Stufe (neben Akutstation, vollstationärer und teilstationärer geriatrischer Behandlung). Ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten sind unverzichtbar für ein abgestuftes, flexibles und effizientes medizinisches Versorgungssystem für die älteren Patientinnen und Patienten. Sie kann sowohl primär in Anspruch genommen werden als sich auch an stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließen. Damit trägt sie zu deren Vermeidung oder Verkürzung bei.

Die Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation liegen in der Wiederherstellung von Selbsthilfe-, Selbstpflege- und Selbstversorgungsfähigkeit. Weiterhin soll Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert bzw. hinausgezögert werden. Im Bereich der Pflege liegen die Schwerpunkte vor allem auf der Erbringung von aktivierend therapeutischen Pflegeleistungen mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“, und sie schließt wichtige Aspekte der Behandlungspflege wie z. B. Kontinenztraining und fachgerechte Lagerung zur Vermeidung von Folgeschäden ein.

Auch bei der ambulanten geriatrischen Versorgung sollte eine Einschätzung des Rehabilitationspotenzials (assessment) vorgenommen werden. Schwere und Dauer der Grunderkrankung, der Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen, Motivation und Kooperationsbereitschaft der Patientinnen und Patienten sowie Alter und psychosoziale Situation sollten ebenfalls besonders berücksichtigt werden. Die Einschätzung des spezifischen Rehabilitationsbedarfs richtet sich dann vor allem nach ihrer aktuellen Erkrankungs- und Behinderungssituation sowie den Unterstützungspotenzialen des sozialen Umfeldes. Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist auf keinen Fall gleich zu setzen mit den ärztlich verordneten einzelnen Therapiemaßnahmen, die ambulant durchgeführt werden. Unter hinreichenden Bedingungen ist für ältere Patientinnen und Patienten eine ambulante Versorgung besser ist als eine vollstationäre. Mit der Schaffung von ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen würde einmal mehr den Grundsätzen „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen.

Trotz des anerkannten Stellenwerts der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und der aus Kostengründen erzwungenen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhausbereich und daraus folgenden forcierten frühzeitigen Entlassungen, erfolgt die Entwicklung und Umsetzung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in Deutschland bisher eher zögerlich. Gegenwärtig ist sie fast zum Erliegen gekommen. Diese Stagnation muß daher mit großer Sorge gesehen werden.

Sozialpsychiatrische Dienste

Helmchen und Kanowski (2001) weisen auf die Bedeutung der Kooperation mit den exitierenden Sozialpsychiatrischen Diensten hin. Sie führen im Einzelnen aus: Ihre Aufgaben liegen in der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen. Die Leistungen umfassen die Bereiche Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention und werden in Ergänzung zur ärztlich-psychiatrischen Versorgung erbracht. Sozialpsychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbesuche und Gruppenangebote an und kooperieren mit anderen Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung der betroffenen Menschen in ihrem gewohnten Lebensbereich.

Sozialpsychiatrische Dienste sind regional in unterschiedlichem Umfang mit gerontopsychiatrischen Versorgungsproblemen konfrontiert (12,9 Prozent der Klientel in Bremen – 36,9 Prozent in Berlin-Steglitz, im Durchschnitt der Modellregionen 30,2 Prozent). Gollmer und Eikelmann (1993) kommen aufgrund der Analyse anonymisierter Daten des Jahres 1988 zu folgenden Aussagen: 18,5 Prozent der 1 019 Klientinnen und Klienten waren über 65, im Mittel 77.6 Jahre alt, die über 75-Jährigen hatten einen der demographischen Verteilung entsprechenden Anteil. 58 Prozent der betreuten alten Menschen lebten allein, mit einem hohen Anteil von verwitweten Frauen. Mit 72 Prozent stellten demenzielle Erkrankungen die größte Diagnosegruppe dar, gefolgt von Alkoholerkrankungen (19 Prozent) und schizophrenen Psychosen (12,5 Prozent). Bedeutsam ist auch das Ergebnis der Jahrgangsanalyse, dass Heimbewohner, die unter Pflegschaft standen und die auch schon vorher häufiger in stationärer Behandlung waren, während des Beobachtungszeitraums bis zu drei Mal in stationäre Behandlung eingewiesen werden mussten. Dies betraf 30 Prozent der über 65-Jährigen (80 Aufnahmen von 58 Patientinnen und Patienten). Im Hinblick auf die offensichtlich unabweisbare stationäre Behandlung ist dies eine berücksichtigenswerte Risikopopulation. Die Vorgeschichte, die Wohnsituation und die Häufigkeit von Kriseninterventionen ließ zwischen alt gewordenen psychisch Kranken und erst im Alter psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten unterscheiden. Kriseninterventionen waren bei den alt gewordenen psychisch Kranken deutlich häufiger notwendig als bei den Späterkrankten. Die häufigste Diagnose in der Gruppe der alt gewordenen psychisch Kranken waren Folgeerkrankungen von Alkoholmissbrauch. Im Vergleich zu den jüngeren Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes waren die Interventionen bei den Älteren durch eine größere Zahl von Hausbesuchen, viele Kontakte mit Nachbarn und Betreuenden, insbesondere auch mit den Hausärztinnen und Hausärzten gekennzeichnet, wobei die Tatsache imponierte, dass viele Patientinnen und Patienten keine ausreichend tragfähige Arztbetreuung hatten und selbst auch nicht imstande waren, angemessene Hilfen zu suchen. Hierbei spielte nach Einschätzung der Untersucher ein hohes Maß an Krankheitsverkennung und mangelnder Behandlungsmotivation seitens der Patientinnen und Patienten eine Rolle. Als weitere Gründe für unzureichende Betreuung psychisch erkrankter alter Menschen nennen die Autoren unter Verweis auf zitierte Literatur die Zurückhaltung des Allgemeinarztes gegenüber Überweisungen, weiterhin Ko- und Multimorbidität, die somatotherapeutische Behandlungsverfahren in den Vordergrund rücke, die Angst alter Menschen vor Stigmatisierung sowie Informationsdefizite und geringere Mobilität. Nachgehende Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst hat bei dieser Klientel nach Meinung

der Autoren vorrangige Bedeutung und muss sich unter anderem auf die Mitgestaltung des Lebensmilieus und die Beratung von Bezugspersonen erstrecken. Von daher gesehen, „müssen die Sozialpsychiatrischen Dienste ihren Schwerpunkt von den Kriseninterventionen und den hoheitlichen Funktionen hin zu einer dauerhaften psychosozialen Betreuung und Integration ihrer alten Patienten in der Gemeinde verlagern..., das bedeutet in praxi auch eine Verpflichtung der Träger von Sozialstationen und Altenheimen, psychiatrische Konsil- und Beratungstätigkeit (etwa durch den Dienst) in Anspruch zu nehmen“ (Gollmer & Eikelmann 1993).

Aus all dem wird sichtbar, dass auch die Sozialpsychiatrischen Dienste in der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung eine wesentliche Rolle nicht nur im Sinne der Krisenintervention, sondern auch der nachgehenden Betreuung spielen oder spielen können, wenn sie dazu qualitativ (Weiterbildung) und auch quantitativ (personell) in den notwendigen Stand gesetzt werden. Die Aufgabenabgrenzung zwischen Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern und Sozialpsychiatrischen Diensten im Rahmen der nachgehenden Betreuung ist schwierig und wahrscheinlich nur regional zu entscheiden, im Unterschied z. B. zwischen ländlichen Regionen und städtischen Ballungszentren mit einer hohen Nervenarztdichte, und sollte deshalb in kommunaler Verantwortung geschehen.

4.5.3 Teilstationäre geriatrische Versorgungsangebote

Akutgeriatrische Tagesklinik und teilstationäre geriatrische Rehabilitaion

Teilstationäre Angebote von Tageskliniken mit dem Schwerpunkt Innere Medizin, Gerontopsychiatrie oder geriatrische Rehabilitation sind ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Sie sind in der Regel räumlich und organisatorisch eng an eine geriatrische Klinik oder Abteilung angebunden und nehmen vielfältige Funktionen im abgestuften Konzept der Geriatrie wahr:

- Sie tragen zur Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung bei, da eine weit reichende Diagnostik, Therapie und die Möglichkeit der medikamentösen Neueinstellung auch in der Tagesklinik gegeben ist.
- In der Tagesklinik kann eine fundierte Entscheidung über die weiter angezeigte Betreuungs- und Behandlungsform auf Grundlage eines geriatrischen Assessments unter Berücksichtigung der häuslich gegebenen Lebensbedingungen getroffen werden.
- Sie können unnötige Wiedereinweisungen von Patientinnen und Patienten (Drehtüreffekt) minimieren helfen.
- Tagesklinische Angebote sind besser als stationäre Behandlung geeignet, die Immobilisierung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden und vorhandene Immobilität und ADL-Einschränkungen zu behandeln.
- „Das für multimorbide, ältere Patienten oft schon brüchige soziale Netz bleibt intakt. Gewachsene Strukturen (Bekannte, Nachbarn, Sozialstationen usw.) bleiben in der behandlungsfreien Zeit bestehen“ (Neubart & Hölscher 1998).
- Teilstationäre Angebote tragen dazu bei, das informelle familiale Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen. Auch können Konflikte im psychosozialen Umfeld in die Behandlung bzw. Rehabilitation mit einbezogen werden.
- Sie können präventiv zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit beitragen.

Wenn die notwendige Behandlungsintensität und -vielfalt (multiprofessionelles Team) ambulant für den Patienten nicht mehr leistbar ist, ist eine tagesklinische Versorgung effizienter und damit auch kostengünstiger. Ältere Patientinnen und Patienten, die einen längeren Krankenhausaufenthalt hatten, können in der Tagesklinik oder der teilstationären Rehabilitation wieder behutsam an die häusliche und ambulante Weiterversorgung herangeführt werden. Diese Art des Übergangs stabilisiert besonders alleinlebende ältere Patientinnen und Patienten besser für ihre „Selbstständigkeit zu Hause“. Die typischen Drehtüreffekte, also die kurzfristige Wiederaufnahme in ein Krankenhaus, können so vermieden werden. Dies gilt auch für die gerontopsychiatrische Tagesklinik im Anschluss an psychiatrische stationäre Behandlung und für die Entlassung psychisch Erkrankter aus nichtpsychiatrischen Kliniken. Es ist deshalb dringend zu empfehlen, die bislang defizitäre Entwicklung und regional sehr ungleichgewichtige Verteilung gerontopsychiatrischer Tageskliniken zu überwinden (Wächtler 1997).

Zur Erreichung der oben aufgeführten Ziele bedienen sich tagesklinische Einrichtungen einer Vielzahl von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten (siehe Übersicht 4-2).

Die Möglichkeit nachts und an den Wochenenden zu Hause verbringen zu können und nicht im Krankenhaus mit den dazu gehörenden persönlichen Einschränkungen, stellt für einen Teil der Tagesklinikbesucherinnen und -besucher eine erhebliche Behandlungsmotivation dar. Die Tatsache aber, dass der Patient bzw. die Patientin nachts und am Wochenende – oft auch allein – zu Hause ist, stellt gleichzeitig hohe Anforderungen an die Vorsorge zu diesen Zeiten.

Für die erfolgreiche Diagnostik und Therapie in der Tagesklinik sind der Kontakt und der enge Informationsaustausch mit dem betreuenden Hausarzt unerlässlich. Er trägt mit seinen Informationen und der meist jahrelangen genauen Kenntnis seines Patienten zur Optimierung der Diagnostik und Therapie des Hochaltrigen bei und kann seinerseits auf die Übernahme der ambulanten Weiterbetreuung nach der Entlassung aus der teilstationären Behandlung vorbereitet werden.

Ferner sind häufig ambulante Pflegedienste bzw. Sozialstationen sowie andere Therapeutinnen und Therapeuten

Übersicht 4-2

Angebote geriatrischer Tageskliniken

Angebote	Zielbereiche
– Physiotherapie	– Mobilität
– Ergotherapie	– Alltagsaktivitäten
– Linguistik/Logopädie	– Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen
– Neuropsychologie	– Abklärung von Hirnleistungsstörungen
– Demenzdiagnostik	– kognitives Training
– Physikalische Therapie	– Bäder und Massagen
– Psychotherapie	– Konfliktbewältigung, Krankheitsverarbeitung
– Entspannungstherapie	– Abbau psychischer Spannungszustände
– Sozialdienst	– Abklärung und Sicherung der häuslichen Versorgung
– Aktivierende therapeutische Pflege	– Hilfe zur Selbsthilfe
– Komplette apparative Diagnostik, die auch den vollstationären Patienten zusteht	– Abklärung medizinischer Probleme ohne Verlegung

in den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess von vornherein einzubeziehen. Damit wird für pflegeabhängige Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geschaffen, das teilstationäre Angebot wahrzunehmen und gleichzeitig die anschließende ambulante Weiterbetreuung gesichert Die „sorgende und vorausschauende“ Organisation ist selbstverständlich und setzt regional Vernetzung und Kooperation mit vorhandenen Anbietern voraus.

Eine der wichtigsten Schnittstellen in der teilstationären Versorgung ist der Transport. Die Patientinnen und Patienten werden morgens zu Hause abgeholt und nach sechs bis sieben Stunden Aufenthalt wieder nach Hause gefahren. Die Fahrzeit darf für alte und besonders hochaltrige Patientinnen und Patienten 45 Minuten nicht übersteigen. Die An- und Abfahrt stellt ein organisatorisches „Nadelöhr“ im Tagesablauf mit hohem Stresspotenzial dar, das anfällig für Störungen des gewohnten Ablaufs ist. Dies bedeutet, dass das Abholen und Nach-Hause-Bringen der tagesklinischen hochaltrigen Patientinnen und Patienten durch Gespräche vorab gut organisiert werden muss. Die infrage kommenden Transportunternehmen müssen gewährleisten, dass sie Fahrer bereitstellen können, die im Umgang mit geriatrischen, evtl. dementen Patientinnen und Patienten geschult sind. Ein häufiger Fahrerwechsel beim Transport kann sich negativ auf den reibungslosen Ablauf des Tagesklinikbetriebes auswirken. Die Transportprobleme begrenzen den Aktionsradius teilstationärer Versorgung vor allem in ländlichen Regionen.

Die intensive Einbindung teilstationärer Behandlung in die ambulante Versorgungssituation bedingt gegenüber vollstationärer Behandlung wesentlich höhere Koordinations- und Organisationsleistungen, die bei der Personalplanung neben den Leistungen der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation berücksichtigt werden müssen. Manche Tageskliniken setzen hierfür einen eigenen Koordinator ein.

Die den teilstationären Einrichtungen zugeschriebene Aufgabe der Verkürzung oder Verhinderung stationärer Aufenthalte kann von diesen Institutionen nur wahrgenommen werden, wenn der Zugang zur geriatrischen Tagesklinik aus dem vollstationären wie auch aus dem ambulanten Sektor ohne Reibungsverluste möglich ist. Schon der Dritte Altenbericht hat hier auf vorhandene Unterschiede in der Überleitungspraxis hingewiesen:

Der Wechsel in eine Tagesklinik aus dem stationären Sektor setzt rechtzeitige Absprachen zwischen den Akutbereichen und der Tagesklinik voraus. Aufgrund des Kostendrucks seitens der Krankenkassen werden für die teilstationären Aufenthalte der Patientinnen und Patienten zunehmende Verkürzungen der Kostenübernahmen neben Ablehnungen registriert. In Zeiten des Abbaus von Akutbetten im Krankenhausbereich scheint dieses Verhalten unlogisch und kontraproduktiv.

Der Übergang aus einem familialen Betreuungsverhältnis oder der ambulanten Pflege und hausärztlichen Behandlung in die teilstationäre Versorgung ist ebenfalls oft langwierig und mit administrativen Problemen verbunden. Dies wirkt sich auf die betroffenen Patientinnen und Patienten negativ aus. Ihnen werden noch immer Bearbeitungsfristen von vier bis sechs Wochen zugemutet, die durch das langwierige Genehmigungsverfahren und der Kostenübernahmeerklärung seitens der Krankenkassen entstehen. Dies ist für die älteren Patientinnen und Patienten eine kostbare Zeit, in der sie keine Therapie erhalten und sich u. U. noch in ihrem Gesamtstatus – z. B. ihrer Mobilität – weiter verschlechtern. Patientinnen und Patienten, die nach SGB V, § 11 der Rehabilitation zugeordnet sind, können nicht ohne weiteres ambulant vom Hausarzt in die Tagesklinik eingewiesen werden. Der teilweise hohe administrative Aufwand , der mit der Einweisung verbunden ist, wirkt sich eher als Hemmschuh denn als Förderung für eine

sach- und altengerechte Versorgung des älteren Patienten aus. Darüber hinaus sind diese Zugangsvoraussetzungen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.

Für den Zugang in die Tagesklinik aus dem Pflegeheim ergeben sich zusätzliche Indikationen zur teilstationären Diagnostik und Therapie. Die Hauptindikationen sind die Reduzierung der Pflegestufe, die Reduzierung des Pflegeaufwands und die Vermeidung von Gesundheitsrisiken, z. B. Abklärung eines Sturzrisikos. Die Zuweisung zur teilstationären Behandlung wird in der Regel im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Dienstes in dem jeweiligen Pflegeheim vorgenommen. Obwohl das Pflegegesetz diese Möglichkeit ausdrücklich vorsieht bzw. sogar vorschreibt, wird diese Möglichkeit nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen.

Entwicklungsstand der teilstationären Versorgung

Die ersten teilstationären Versorgungseinrichtungen in der Geriatrie wurden in Deutschland erst 1987 eingerichtet. Von einer flächendeckenden Versorgung mit geriatrischen Tageskliniken ist man heute noch weit entfernt, obwohl eine begrenzte Entwicklungsdynamik nicht zu übersehen ist. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung führte im Jahr 2000 eine Umfrage bei den zuständigen Landesministerien zur Entwicklung der Geriatrie in Deutschland durch und erhob dabei auch Daten zum Wachstum des teilstationären Sektors (Fuhrmann 2001, Uhlig 2001). Sowohl die Anzahl der akutgeriatrischen Tageskliniken als auch der teilstationären geriatrischen Rehabilitaionseinrichtungen hat sich seit 1997 stark erhöht (siehe Tabelle 4-11). Während es 1997 erst 37 akutgeriatrische Tageskliniken gab, ist ihre Anzahl bis zum Jahr 2000 auf 88 angestiegen. Darüber hinaus waren im Jahr 2000 weitere 25 Tageskliniken in Planung. Bei den teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen stieg die Anzahl von 29 im Jahr 1997 auf 48 im Jahr 2000 an. Hier ergab die Erhebung des BMA, dass neun weitere Einrichtungen in Planung seien.

Entsprechend der Zunahme der Zahl der Einrichtungen gab es auch einen bedeutenden Anstieg bei den Plätzen in teilstationären Einrichtungen (siehe Tabelle 4-12). Die Anzahl der Plätze in akutgeriatrischen Tageskliniken stieg von 1997 bis 2000 von 675 auf 1 380 an. Die Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Rehabilitationsein-

Tabelle 4-11

Teilstationäre geriatrische Einrichtungen in Deutschland und den Bundesländern

Bundesland	Akutgeriatrische Tageskliniken[1]		Teilstationäre geriatrische Rehabiliationseinrichtungen[2]	
	1997	2000	1997	2000
	Anzahl			
Baden-Württemberg	0	3	9	12
Bayern	2	3	5	6
Berlin	5	6	0	0
Brandenburg	2	4	0	1
Bremen	2	4	0	0
Hamburg	3	6	0	0
Hessen	3	8	3	2
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	2
Niedersachsen	0	0	2	3
Nordrhein-Westfalen	9	28	5	10
Rheinland-Pfalz	2	2	2	5
Saarland	2	2	3	5
Sachsen	0	1	0	2
Sachsen-Anhalt	4	10	0	0
Schleswig-Holstein	3	6	0	0
Thüringen	0	4	0	0
Gesamt	**37**	**88**	**29**	**48**

[1] Krankenhäuser nach §107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §109 SGB V.
[2] Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Tabelle 4-12

Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

Bundesland	Plätze in aktugeriatrischen Tageskliniken[1]		Plätze in teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen[2]		Plätze insgesamt	
	1997	2000	1997	2000	2000	Plätze je 100.000 Einwohn.
Baden-Württemberg	0	72	95	140	212	2,0
Bayern	90	110	80	90	200	1,7
Berlin	92	126	0	0	126	3,7
Brandenburg	28	48	0	10	58	2,2
Bremen	25	60	0	0	60	9,0
Hamburg	60	95	0	0	95	5,6
Hessen	81	160	48	30	190	3,1
Meckl.-Vorpomm.	0	10	0	40	50	2,8
Niedersachsen	0	0	35	59	59	0,8
Nordrhein-Westfalen	137	369	68	156	525	2,9
Rheinland-Pflalz	26	30	26	66	96	2,4
Saarland	20	20	45	55	75	7,0
Sachsen	0	10	0	50	60	1,3
Sachsen-Anhalt	40	95	0	0	95	3,6
Schleswig-Holstein	76	124	0	0	124	4,5
Thüringen	0	51	0	0	51	2,1
Gesamt	**675**	**1380**	**397**	**696**	**2 076**	**2,5**

[1] Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.
[2] Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

richtungen ist im gleichen Zeitraum von von rund 400 auf ca. 700 Plätze angestiegen. Fuhrmann (2001) weist aber darauf hin, dass die tagesklinische Versorgung längst nicht ausreichend sei. Zurzeit gibt es im Bundesdurchschnitt nur 2,5 Plätze pro 100 000 Einwohner. Laut Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998) sollten 15 Behandlungsplätze pro 100 000 Einwohner vorgehalten werden.

In der Versorgungsdichte bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Spanne der vorgehaltenen Plätze pro 100 000 Einwohner reichte im Jahr 2000 von 9,0 in Bremen bis 0,8 in Niedersachsen (siehe Tabelle 4-12).

Die Entwicklung teilstationärer Versorgung begann in der Psychiatrie schon nach 1960, die ersten gerontopsychiatrischen Tageskliniken wurden in den 70er-Jahren gegründet. Dennoch besteht nach wie vor ein erhebliches Defizit mit erheblichen regionalen Unterschieden (Wächtler 1997; Helmchen & Kanowski 2001). Von einer flächendeckenden Versorgung ist man noch weit entfernt.

Die Kostenerstattung für die tagesklinische Versorgung erfolgt auf der Grundlage der mit den Krankenkassen verhandelten Pflegesätzen. Während im Krankenhaus die nächtliche Hotellerie an allen Tagen der Wochen aufrechterhalten, an Wochenenden das Leistungsspektrum jedoch reduziert wird, befinden sich in der Tagesklinik am Wochenende keine Patientinnen und Patienten, es gibt also keine zu vergütenden Leistungen. An diese, gegenüber dem Krankenhaus ungünstigere ökonomische Situation und an den hohen Organisations- und Koordinationsaufwand knüpfen sich besondere Probleme der kostendeckenden Finanzierung der Tageskliniken.

4.5.4 Stationäre Versorgung

Trotz der Entwicklung, die die medizinische Fachdisziplin „Geriatrie“ und auch die geriatrische Versorgungslandschaft in den letzten Jahren erfahren haben, existieren weiterhin qualitativ höchst unterschiedliche stationäre Versorgungsmöglichkeiten nebeneinander, was sich in der „erheblichen regionalen und strukturellen Variabilität

hinsichtlich Verweildauer, Fallkosten sowie Zuweisungs- und Überweisungsmodalitäten in geriatrischen Einrichtungen“ spiegelt (Hofmann et al. 2001: 207).

4.5.4.1 Allgemeinkrankenhaus

Trotz der Entwicklung geriatrischer Fachabteilungen und Kliniken sowie stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen (s. Kapitel 4.5.4.2) findet der größte Teil der stationären Versorgung Hochaltriger nach wie vor in nichtgeriatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern statt.

Im Jahr 1999 waren von den ca. 16 Millionen in Krankenhäusern versorgten Patientinnen und Patienten etwa drei Millionen 75 Jahre und älter (Tabelle 4-13).

Die stationäre Versorgung Hochaltriger in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ist auch in Zukunft als angemessen und notwendig anzusehen bei Erkrankungen, die Fachwissen und Fachkönnen, von z. B. Chirurgie, Orthopädie, Urologie und Kardiologie (Einsetzen eines Herzschrittmachers) erfordern. Dafür wird in der Praxis in Kauf zu nehmen sein, dass Arbeitsmilieu und Arbeitsstil weitgehend durch den Umgang mit jüngeren Akutkranken geprägt ist und den Bedürfnissen Hochaltriger nicht voll gerecht wird, das Eingehen auf die psychosozialen Bedürfnisse Hochaltriger erschwert ist. Eine relative Fehlplatzierung wird in den Ergebnissen zweier neuerer Studien sichtbar, denen zufolge zwischen 5 und 9 Prozent der älteren Patientinnen und Patienten besser und problemgerechter in einer geriatrischen Einrichtung zu behandeln gewesen wären (Thiele & Rüschmann 2000, Rubenstein 1998, zit. nach Hofmann et al. 2001).

Generell ist festzustellen, dass Arbeitsmilieu und Arbeitsstil auch in den Allgemeinkrankenhäusern sich stärker auf die Bedürfnisse chronisch Kranker hin orientieren müssten. Die Geriatrie ist hierfür ein paradigmatisches Beispiel. Intensivierung der geriatrischen Fort- und Weiterbildung kann eine solche Entwicklung fördern.

4.5.4.2 Geriatrische Klinik

Um die Fälle zu beziffern, die in geriatrischen Kliniken und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden, muss man auf Schätzungen zurückgreifen. Nach einer Erhebung des BMA gab es im Jahr 2000 9 722 Betten in stationären akutgeriatrischen Einrichtungen und 6 398 Betten in stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Uhlig 2001, siehe auch Tabelle 4-15, Seite 216). Eine Mitgliederbefragung der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen, die 89 der 184 akutgeriatrischen Einrichtungen und 52 der 134 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen repräsentieren, ergab eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 23 Tagen in ersteren und von 27 Tagen in letzteren Einrichtungen sowie eine Auslastung der Kliniken von 89 resp. 84 Prozent (Loos et al. 2001). Das ergibt überschlagsmäßig für beide Einrichtungstypen eine Anzahl von etwa 207 000 Patientinnen und Patienten, die pro Jahr in stationär-geriatrischen Einrichtungen versorgt werden. Berücksichtigt man die von Hofmann et al. (2001) genannten 5 bis 9 Pro-

Tabelle 4-13

Anzahl und Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Patienten, 1999

	Altersgruppe			
	Insgesamt	**55–64**	**65–74**	**75 u. älter**
	Patientenzahl			
Insgesamt[1]	16 198 002	2 690 357	2 702 827	2 977 595
Männer	7 288 396	1 456 761	1 353 135	978 928
Frauen	8 909 358	1 233 560	1 349 645	1 998 610
	Anteile am Gesamtpatientenaufkommen (in %)			
Insgesamt	*100*	*16,6*	*16,7*	*18,4*
Männer	*100*	*20,0*	*18,6*	*13,4*
Frauen	*100*	*13,8*	*15,1*	*22,4*
	Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)			
Insgesamt	10,5	10,8	12,2	13,6
Männer	10,5	10,7	11,7	12,6
Frauen	10,5	10,9	12,8	14,0

[1)] einschl. Patienten mit fehlender Geschlechtsangabe.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, Fachserie 12, Reihe 6.2: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999.

zent Fehlplatzierter der ca. 5,7 Millionen in Allgemeinkrankenhäusern behandelten über 65-Jährigen, ergibt sich in grober Schätzung ein zusätzlicher geriatrischer Versorgungsbedarf von 300 bis 500 Tausend Patientinnen und Patienten pro Jahr.

Die Gesamtzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen stieg nach Angaben des BMA (2001b: 7) von 84 im Jahr 1993 auf 318 im Jahr 2000, die Zahl der Betten in diesen Einrichtungen von rund 7 200 auf 16 100. Betrachtet man die Entwicklung getrennt nach stationären akutgeriatrischen Einrichtungen und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, zeigen beide Versorgungsformen einen ähnlichen Zuwachs (Fuhrmann 2001; Uhlig 2001). Zwischen 1997 und 2000 stieg die Zahl der stationären akutgeriatrischen Einrichtungen von 141 auf 184, die Zahl der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen von 95 auf 134 Kliniken.

Das Bettenangebot in diesen beiden Einrichtungsarten stieg im selben Zeitraum von 7 818 auf 9 722 (Akutgeriatrie) bzw. von 4 684 auf 6 398 (geriatrische Reha-Einrichtungen). Damit gab es im Jahr 2000 im Bundesdurchschnitt 19,6 geriatrische Betten auf 100 000 Einwohner. Dieser Deckungsgrad liegt noch weit unter den von der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen empfohlenen 50 bis 60 Betten je 100 000 Einwohner.

Die Tabelle 4-14 und Tabelle 4-15 (Seite 216) offenbaren zudem große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Mit Uhlig (2001) ist positiv hervor zu heben, „dass die neuen Bundesländer, die mit Ausnahme von Brandenburg im Jahr 1997 noch unterdurchschnittlich mit geriatrischen Betten ausgestattet waren, nunmehr deutlich aufgeholt haben, auch wenn mit Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen immer noch drei neue Bundesländer unter dem Bundesdurchschnitt liegen“.

Die Behandlung in der Geriatrie zielt sowohl auf die Behandlung von Krankheiten, als auch auf die Vermeidung und Verbesserung von Funktionseinschränkungen und berücksichtigt auch die damit verbundenen sozialen

Tabelle 4-14

Anzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

Bundesland	Stationäre akutgeriatrische Einrichtungen[1]		Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen[2]		Gesamtzahl stationärer geriatrischer Einrichtungen
	1997	2000	1997	2000	2000
Baden-Württemberg	0	7[*]	35	39	46
Bayern	2	2	33	45	47
Berlin	22	16	1	1	17
Brandenburg	10	10	0	1	11
Bremen	2	4	0	0	4
Hamburg	7	10	0	0	10
Hessen	11	24	3	2	26
Meckl.-Vorpomm.	1	1	1	4	5
Niedersachsen	9	9	8	8	17
Nordrhein-Westfalen	51	58	7	15	73
Rheinland-Pflalz	1	1	2	10	11
Saarland	2	1	4	5	6
Sachsen	1	6	1	3	9
Sachsen-Anhalt	15	25	0	1	26
Schleswig-Holstein	4	5	0	0	5
Thüringen	3	5	0	0	5
Gesamt	**141**	**184**	**95**	**134**	**318**

[1] Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.
[2] Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.
[*] Hierbei handelt es sich um aktugeriatrische Einrichtungen mit einem umfassenden rehabilitativen Behandlungsauftrag. Darüber hinaus gibt es ca. 40 weitere Funktionseinheiten (geriatrische Schwerpunkte oder Zentren), in denen zwar keine geriatrischen Betten vorgehalten, jedoch geriatrische Konsile durchgeführt werden.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Tabelle 4-15

Anzahl der Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

	Betten in akutstationären geriatrischen Einrichtungen[1]		Betten in stationären geriatrischen Rehabilitations-einrichtungen[2]		Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen insgesamt	
	1997	2000	1997	2000	2000	Betten je 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	0	478	1463	1751	2.229	21,3
Bayern	100	100	1530	2007	2.107	17,4
Berlin	1.415	1.157	64	64	1.221	35,9
Brandenburg	504	525	0	70	595	22,9
Bremen	75	176	0	0	176	26,3
Hamburg	744	925	0	0	925	54,4
Hessen	681	1240	84	60	1.300	21,5
Meckl.-Vorpomm.	30	22	30	209	231	12,8
Niedersachsen	379	400	331	331	731	9,3
Nordrhein-Westfalen	2.995	3.254	694	986	4.240	23,6
Rheinland-Pflalz	90	15	120	312	327	8,1
Saarland	127	127	260	310	437	40,7
Sachsen	42	222	108	268	490	10,9
Sachsen-Anhalt	331	565	0	30	595	22,3
Schleswig-Holstein	140	192	0	0	192	6,9
Thüringen	165	324	0	0	324	13,2
Gesamt	**7.818**	**9.722**	**4.684**	**6.398**	**16.120**	**19,6**

[1] Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V;
[2] Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Beeinträchtigungen, wie auch die sozialen Bedingungen, die zur Chronifizierung und zur Krankheitsverschlechterung beitragen. Sie richtet sich aus an den Zielen der Wiedergewinnung, Verbesserung oder des Erhaltes einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998: 11). Die Geriatrie integriert dabei in ihre Behandlungskonzepte sowohl die spezifischen Leistungen der professionellen Medizin, Pflege, Therapie und Sozialarbeit, als auch die Beiträge, die Familienangehörige und Patienten selbst im Behandlungsprozess erbringen.

Zielsetzend für die stationären geriatrischen Abteilungen und Kliniken ist, dass sie neben der medizinischen Behandlung auch die ganzheitliche Betrachtung der individuellen Situation und rehabilitative und sozialtherapeutische Leistungen anbieten, die von anderen Einrichtungen nicht ohne weiteres realisiert werden können. Die geriatrische Versorgung sollte deshalb über eine bessere personelle Ausstattung in den Bereichen Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Sozialarbeit verfügen. Das zentrale Instrument der Geriatrie, das eine aktivierende Pflege und Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglicht, ist das geriatrisch therapeutische Behandlungsteam.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen macht in ihren „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ detaillierte Vorschläge, wie das therapeutische Team einer geriatrischen Klinik/Abteilung besetzt werden sollte (Übersicht 4-3).

Hinreichend viele Studien haben den Erfolg spezifisch geriatrischer Behandlung nachweisen können, der sich in signifikanten Verbesserungen der Mobilität und der Autonomie der Patientinnen und Patienten und in einem über mehrere Jahre anhaltenden Therapieerfolg niederschlägt (z. B. Hofmann 1997; Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 2000).

Übersicht 4-3

Das therapeutische Team in der geriatrischen Akutversorgung (bezogen auf die Zahl der zu behandelnden Patienten)

– Ärzte (Facharzt mit Weiterbildung Klinische Geriatrie)	1:10 bis 1:12
– Pflegekräfte	1:1,4 bis 1:1,8
– Krankengymnastik	1:8 bis 1:12
– Ergotherapie	1:10 bis 1:12
– Massage- und Badeabteilung	1:20 bis 1:30
– Logopädie (evtl. auch höher, in Abhängigkeit von der Anzahl von Aphasie-Patienten) Es werden auch Sprech-, Kau- und Schluckstörungen behandelt	1:30 bis 1:40
– Sozialarbeit	1:40 bis 1:50
– Neuropsychologie	1:40
– Seelsorge	1:100
– Diätassistenz	1:100
– Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer	
– Musiktherapie (optional)	

Quelle: Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998.

4.5.4.3 Stationäre Versorgung in der Gerontopsychiatrie

Für die zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung in der Gerontopsychiatrie ergeben sich folgende Leitpunkte (Helmchen & Kanowski 2001):

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung kann aus verschiedenen Bedingungen resultieren:

– Für Demenzerkrankung zwecks der Diagnostik bei komplizierter oder unklarer Komorbidität. Stationäre Diagnostik kann in diesem Fall effektiver, unter Umständen sogar kostengünstiger sein als ihre ambulante Durchführung. Hinzu kommt, dass die Einbeziehung mehrerer niedergelassener Fachärzte in den diagnostischen Prozess für ältere Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkter Mobilität sehr hohe Belastungen mit sich bringen kann und deshalb oft scheitert. Auch die Schwere psychopathologischer Phänomene (Wahnsymptomatik, Halluzinationen, psychomotorische Unruhe und Umtriebigkeit bei gleichzeitig bestehender Verwirrtheit, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus und aggressives Verhalten gegenüber der Umwelt sowie Selbstgefährdung) überfordert häufig ambulante Behandlungsmöglichkeiten und führt zu einem krisenhaften Zusammenbruch ambulanter Betreuung bzw. Überforderung der Betreuungsmöglichkeiten im Heimbereich. Unter therapeutischen Gesichtspunkten ergibt sich die Notwendigkeit zu stationärer Behandlung am häufigsten im Hinblick auf die Optimierung komplizierter medikamentöser Behandlung infolge von Multimorbidität.
– Für Depressionen wird stationäre Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapieresistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.
– Für paranoide Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit bei mangelnder Krankheitseinsicht, psychotischen Erregungszuständen, sehr stark ausgeprägter psychotischer Symptomatik mit Fehlverhalten und bei Therapieresistenz.
– Entzugsbehandlung ist ebenfalls in aller Regel stationär einzuleiten.

Für alle vier Erkrankungsgruppen erfordert die Optimierung der medikamentösen Behandlung unter Nutzen-Risiko-Aspekten und den veränderten pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Bedingungen des Alterns sehr häufig eine intensive tägliche Beobachtung des psychopathologischen Bildes und der Wirksamkeit von Pharmaka, die unter ambulanter Behandlung nicht zu erreichen ist. Dies gilt erneut in besonderem Maße für die Gruppe der Hochaltrigen.

Die erste Konsequenz ist, dass bei der Berechnung der psychiatrischen teilstationären und stationären Behandlungskapazitäten regional auch die gerontopsychiatrische Versorgung berücksichtigt werden muss, und zwar so, dass auch die Gruppe der Höchstaltrigen Behandlungschancen

hat. Diese wird, wie auch die Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie gezeigt hat, von allgemeinpsychiatrischen stationären Einrichtungen kaum versorgt (BAG 1997: 34), sodass hieraus allein schon ein Argument für die Einrichtung auch spezieller gerontopsychiatrischer stationärer Versorgungsbereiche abzuleiten ist.

In zweiter Konsequenz ergibt sich eine Unterstützung dieser Forderung aus folgenden Überlegungen: Gerade wenn man davon ausgeht, dass auch in Zukunft ein nicht unbedeutender Teil psychisch kranker alter Menschen wegen der somatischen Komorbidität in nichtpsychiatrischen Kliniken, d. h. vorwiegend internistischen und geriatrischen Abteilungen behandelt werden wird und auch die allgemeinpsychiatrischen Kliniken die Verantwortung für die gerontopsychiatrische Versorgung mittragen (Bauer 1993), sollte es spezialisierte, gerontopsychiatrische stationäre Behandlungsangebote geben, deren Erfahrung und Kompetenz die erfolgreiche Behandlung schwieriger Erkrankungen auch unter besonders belastenden Lebensbedingungen gestattet und als Voraussetzung hierfür die Gestaltung psychisch kranken alten Menschen angemessener therapeutischer Milieus ermöglicht. Spezialisierte gerontopsychiatrische Kliniken/Abteilungen sind als notwendige und sinnvolle Ergänzung der psychiatrischen stationären Versorgung anzusehen und nicht als Entscheidungsdilemma. Das Pro und Contra spezialisierter vs. integrierter stationärer Behandlung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten haben Kipp & Kortus (1996) am Beispiel von Demenzkranken dargestellt. Spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten sich auch an als Orte intensiver und konzentrierter Erfahrungsbildung und Kristallisationskerne für die Weitergabe dieser Erfahrungen im Rahmen von Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten. Weil sie gleichzeitig auch Stätten intensiver gerontopsychiatrischer Forschung sein müssten, sollten sie, wo immer möglich, verbunden sein mit psychiatrischen Universitätskliniken oder zumindest den Status eines akademischen Lehrkrankenhauses haben.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde 1991 eine Basis für die Personalbemessung in Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen geschaffen. Deren Ziel war die personelle Sicherstellung einer qualitativ guten Arbeit mit psychisch Kranken. In der amtlichen Begründung (A IV 1) heißt es:

> „Der Verordnungsgeber hat sich zum Ziel gesetzt, die Voraussetzungen zu verbessern, psychische Erkrankungen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern; außerdem sollen die im stationären Bereich behandelten Patienten soweit wie möglich befähigt werden, außerhalb der Klinik zu leben; das ist Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, dass es ihnen möglich wird, über ein ‚qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm' eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbehandlungsbedürftig angesehen werden, aus dem Krankenhaus zu entlassen. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches, eine Aufgabe, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen fällt." (zitiert nach Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. 1998: 7)

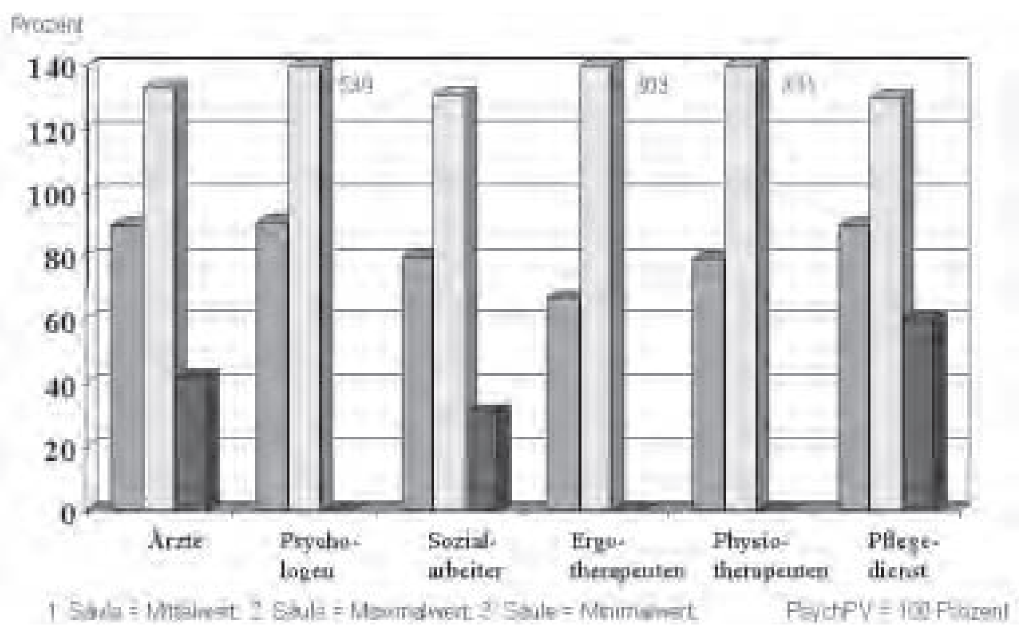
Die Arbeitsgruppe „Evaluation der Psych-PV" gelangte nach einer bundesweiten Erhebung der Personalentwicklung in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 1990 bis 1995 kontinuierlich um insgesamt 24 Prozent gestiegen ist und im Durchschnitt der Einrichtungen 1995 in allen Berufsgruppen das Personal-Soll gemäß Psych-PV nahezu erreicht wurde (Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. 1998: 20). Allerdings ist die Aussagekraft dieser Erhebung mangels gesicherter Informationen über die Repräsentativität der teilnehmenden Einrichtungen eingeschränkt. Vor allem aber bestehen markante Unterschiede zwischen Regionen, Kliniken und im Vergleich der Berufsgruppen, wie die Ergebnisse einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) (1997) zeigen. So erstreckte sich im Jahr 1994 der Erfüllungsgrad der Psych-PV-Vorgaben bei den Ärztinnen und Ärzten von 43 bis 133 Prozent (vgl. Abbildung 4-4). Besonders auffällig ist, dass manche Krankenhäuser gänzlich auf den Einsatz von Diplom-Psychologen, Ergo- oder Physiotherapeuten verzichteten.

Solche quantitativen und qualitativen Abweichungen von der Psych-PV und die durchgehend unterhalb der Vorgaben liegenden Mittelwerte zeigen deutlich, dass die für eine befriedigende Versorgung psychisch Kranker generell notwendige Personalstruktur noch keineswegs erreicht ist. Das trifft in besondererm Maße für die Gerontopsychiatrie und damit auch für die Versorgung Demenzkranker zu. Die Praxis zeigt, dass Krankenkassen eine defizitäre Ausstattung in den Vergütungsverhandlungen nicht monieren. Im Gegenteil erweist sich die Praxis der Krankenkassen, in den Budgetverhandlungen „Vergleichskliniken" zur Kosteneinsparung heran zu ziehen, als besonders fatal, da hierbei häufig qualitativ und quantitativ am unteren Ende angesiedelte Kliniken als Beispiel benutzt werden.

Neuere Daten zum Grad der Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV sind nicht bekannt. Es ist jedoch zu vermuten, dass dieser wieder rückläufig ist, insbesondere im Pflegebereich. Die Zahl der in der Psychiatrie tätigen Pflegekräfte in den Krankenhäusern hat sich z. B. zwischen 1995 und 1999 um 12 Prozent verringert (siehe Tabelle 4-16, Seite 220). Im ärztlichen Bereich sieht die Entwicklung zunächst günstiger aus. Dabei sind allerdings die Veränderungen der Zahl der aufgenommenen Patientinnen und Patienten und der durchschnittlichen Verweildauer zu berücksichtigen. Auffällig ist neben dem Rückgang der Bettenzahl vor allem der Anstieg der Patientenzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose bei einer gleichzeitig erheblich gesunkenen Aufenthaltsdauer. Die Zahl der Belegungstage nahm dadurch im betrachteten Zeitraum zwar um 21,5 Prozent ab, die gestiegene Fallzahl ist jedoch mit einer steigenden Arbeitsbelastung verbunden. Die resultierende Mehrbelastung muss im ärztlichen Bereich hauptsächlich von den in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzten getragen werden.

Abbildung 4-4

Personalbesetzung in gerontopsychiatrischen Klinken 1994 im Vergleich mit den Vorgaben der Psych-PV (Erfüllung der Vorgaben in %)



Quelle: BAG Psychiatrie (1997).

Diese Situation führt zu einer Reihe weiterer Konsequenzen:

– Bei gleichbleibendem Anteil der Wiederaufnahmeraten lässt sich eine deutliche Zunahme der Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen in der Gerontopsychiatrie ableiten, da ihr Anteil an den Gesamterkrankungen gleich hoch geblieben ist.

– Die – durch die Zunahme der Patientenanzahl bei gleichzeitig reduzierter Bettenzahl – vergleichsweise hohe Bettenbelegung in der Psychiatrie (vgl. Tabelle 4-16 und Berning & Rosenow 2001: 392) erhöht die Gefahr der Bettennot. Krankenhäuser sehen sich verstärkt dazu gezwungen, Patientinnen und Patienten zu früh in ein unzureichend gesichertes Umfeld zu entlassen, da die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen und damit auch Demenzkranker nicht hinreichend entwickelt wurde. Ihr Anteil in nicht spezialisierten Einrichtungen der ambulanten und komplementären Versorgung ist erschreckend gering.

Die erhöhte Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern führt in Kombination mit den durch die Krankenkassen erheblich ausgeweiteten Dokumentationspflichten zu einer exponentiellen Zunahme von Verwaltungsaufgaben für das therapeutische Personal. Der höchste Zeitaufwand innerhalb der Kliniken entsteht bei Aufnahmen und Entlassungen. Für die patientenbezogene Arbeit steht dem Personal immer weniger Zeit zur Verfügung. Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten und des Personals mit der unbefriedigenden Situation sind die Folge. Bezüglich der Betten- und Platzbemessungszahlen sei auf die Empfehungen der BAG Psychiatrie verwiesen (s. Kapitel 4.5.1).

4.5.5 DRG-System und Probleme in der Geriatrie

Ab dem 1. Januar 2003 wird mit Ausnahme der Psychiatrie ein neues Entgeltsystem für Krankenhäuser eingeführt, mit dem das jetzige Vergütungssystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und Tagespflegesätzen durch ein durchgängiges System diagnosebezogener Fallpauschalen abgelöst wird. Die Fallgruppenbestimmung beruht auf dem in Australien verwendeten Klassifikationssystem, der AR-DRG-Klassifikation (AR = Australian; DRG = Diagnosis Related Groups).[37]

Anders als in Australien wird in Deutschland die geriatrische Versorgung generell in das DRG-System mit aufgenommen. Die in § 17b des Kranknhausfinanzierungsgesetzes ausdrücklich vorgesehene Anpassungsoption an deutsche Verhältnisse ist von besonderer Bedeutung für die Geriatrie. Die wesentlichen Probleme liegen in zwei Bereichen:

1. Im Unterschied zu Australien findet sich ein wesentlich anders strukturiertes geriatrisches Versorgungsangebot, das neben der Konzentration auf den stationären und

[37] In DRG-Systemen werden Patienten bzw. Behandlungsfälle nach der vorliegenden (Haupt-)Diagnose einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet. Die Vergütung der Behandlung richtet sich nach einheitlichen Fallgruppenpauschalen.

Tabelle 4-16

Eckdaten zur psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern, 1995 und 1999

	1995	1999	Zu-/Abnahme
Hauptamtliche Ärzte mit folgenden Gebiets-/ Schwerpunktbezeichnungen[1]			
– Nervenheilkunde	123	174	*+ 41,5 %*
– Psychiatrie und Psychotherapie	3 140	3 104	*– 1,1 %*
– Neurologie	1 400	1 713	*+ 22,4 %*
– Psychotherapeutische Medizin	108	232	*+ 114,8 %*
– Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	427	476	*+ 11,5 %*
Assistenzärzte in der Weiterbildung in folgenden Tätigkeitsbereichen			
– Nervenheilkunde	26	33	*+ 26,9 %*
– Psychiatrie und Psychotherapie	3 599	3 644	*+ 1,3 %*
– Neurologie	1 475	1 784	*+ 20,9 %*
– Psychotherapeutische Medizin	68	141	*+ 107,4 %*
– Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	331	390	*+ 17,8 %*
In der Psychiatrie tätiges Pflegepersonal der Krankenhäuser (umgerechnet in Vollkräfte)	44 209	38 957	*– 11,9 %*
Aufgestellte Betten			
– Erwachsenenpsychiatrie	63 807	55 480	*– 13,1 %*
– Kinder- und Jugendpsychiatrie	4 858	4 450	*– 8,4 %*
Bettenauslastung (in %)			
– Erwachsenenpsychiatrie	*87,4*	*89,1*	*+ 1,7%-Punkte*
– Kinder- und Jugendpsychiatrie	*83,4*	*88,1*	*+ 4,7%-Punkte*
Fallzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose[2]	764 888	850 466	*+ 11,2 %*
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	38,1	26,9	*– 29,4 %*
Gesamtzahl der Belegungstage[3]	29 142 233	22 877 535	*– 21,5 %*

1 Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung.
2 Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle).
3 Die Gesamtzahl der Belegungstage errechnet sich aus der Multiplikation von Fallzahl und Verweildauer.

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Angaben des Statistisches Bundesamts, Fachserie 12, Reihe 6.1 und 6.2.

teilstationären Bereich zusätzlich noch die Unterscheidung nach unterschiedlichem Versorgungsauftrag kennt (als Krankenhaus bzw. Rehabilitationsabteilung).

2. Durch diese innerhalb Deutschlands sehr unterschiedliche Versorgungsstruktur ist es für die Geriatrie deutlich schwieriger als für andere Disziplinen, national einheitliche DRG’s und Vergütungsformen zu definieren, die den derzeitigen Versorgungsstrukturen und den Patientinnen und Patienten gerecht werden.

Die in Ländern nach Einführung des DRG-Systems nachweisbare erhöhte Zuweisung von Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheime und die zu beobachtende Selektion von ökonomisch günstigen Patientinnen und Patienten („Rosinenpickerei“) in nichtgeriatrischen Fachabteilungen, lässt die Befürchtung legitim erscheinen, dass ohne Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse bei Festlegung von diagnosebezogenen Fallpauschalen für alte und hochaltrige Patientinnen und Patienten zusätzliche Qualitätseinbußen in der Versorgung zu erwarten sind. Dabei darf es nicht darum gehen, einer globalen und pauschalen Bestandssicherung der Geriatrie das Wort zu reden. Begründend kann nur der Nachweis der Geriatrie sein, dass ihre Leistungen auch im Vergleich zu anderen Disziplinen effektiver und effizienter sind.

Das wesentliche Problem besteht darin, dass die Geriatrie sich bei der Einführung des DRG-Systems damit konfrontiert sieht, nach einem Vergütungssystem beurteilt zu werden, das mehr an Einzeldiagnosen und Invasivität von Maßnahmen als nach dem Ergebnis eines notwendig komplexen Behandlungsmanagements von überwiegend multimorbiden Patientinnen und Patienten ausgerichtet

ist. Darüber hinaus ist die problematische Ausrichtung dieses Vergütungssystems an Organerkrankungen und nicht an funktionellen Defiziten ein weiteres Problem in der Ermittlung diagnosebezogener Fallpauschalen für ältere Patientinnen und Patienten. Zudem kann in diesem System nach derzeitiger Rechtslage die Behandlung im Rahmen einer konkreten DRG-Zuordnung eines Patienten nur einmal abgerechnet werden. Für die Geriatrie typisch ist jedoch die Verlegung aus anderen Fächern nach einer Vorbehandlung in anderen Institutionen mit dem resultierenden Problem der Fallkostenteilung. Diese Tatsache muss berücksichtigt werden und darf nicht zu Lasten kranker alter Menschen gehen.

Bevor ein solches neues Entgeltsystem auch für die Geriatrie eingeführt wird, müssen deshalb folgende Punkte geklärt sein:

– Regelung der Verlegungspraxis;

– Erarbeitung von Vorschlägen zur Ergänzung oder Korrektur der vorliegenden Kodieranleitungen, Relativgewichte, Prozeduren und Gruppierungsalgorithmen;

– Definition von Schnittstellen zu anderen Akutabteilungen im Krankenhaus und zu Rehabilitationseinrichtungen.

Hinsichtlich der Gerontopsychiatrie ist noch einmal daran zu erinnern, dass die Psychiatrie von der Berechnung diagnosebezogener Fallpauschalen ausgenommen bleibt. Die Gründe hierfür sind an dieser Stelle nicht weiter zu diskutieren. Es sei lediglich angemerkt, dass der Zusammenhang zwischen reiner Diagnose und Ausprägung krankheitsbedingter Funktioneller Behinderungen in der Psychiatrie besonders variabel, schwer zu erfassen und von zahlreichen anderen Einflüssen sowie sozialen Bedingungen abhängig ist. Deshalb ist die Tatsache nachdrücklich zu unterstreichen, dass die Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker im Krankenhaus ausschließlich von zwei Faktoren abhängt: 1. der Festlegung der Betten- und Platzmesszahlen in der psychiatrischen Landeskrankenhausplanung, 2. der Festlegung einer angemessenen Personalstruktur (PsychPV).

4.5.6 Fazit

Für Hochaltrigkeit gilt in besonderem Maße, was für Erkrankungen im Alter generell zutrifft:

– Sie sind durch Multimorbidität und Chronizität, oft auch durch Progressivität gekennzeichnet.

– Charakteristisch ist das Zusammenwirken von psychischen, somatischen und sozialen Bedingungen.

– Zielsetzung kann deshalb oft nicht mehr die restitutio ad integrum, sondern muss die restitutio ad optimum im Hinblick auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbsthilfe sein.

– Folgen von Krankheit und Alternsveränderungen beschränken oder behindern den Zugang und das aktive Aufsuchen von vorhandenen Ressourcen für umfassende Diagnostik und „assessment“ der Behandlung, Rehabilitation und Hilfen.

– Diese Hemmnisse werden durch Barrieren, die dem Gesundheits- und Sozialsystem inhärent sind und durch Koordinationsschwächen in den Gesetzen zur sozialen und gesundheitlichen Sicherung massiv verstärkt. Beispiele sind Schnittstellenprobleme zwischen SGB V und SGB XI, zwischen Kranken- und Pflegeversicherung mit einer mangelnden Gewährleistung der unerlässlichen Behandlungskontinuität für alte kranke Menschen.

Die Dominanz der Prinzipien akutmedizinischer Versorgung und das ihr vornehmlich zugrunde liegende eindimensionale biologisch und organfixierte Krankheitsmodell bedarf dringend der Erweiterung um ein ganzheitliches Betrachtungs- und Handlungskonzept, welches die psychische und soziale Dimension einschliesst. Geriatrie und Gerontopsychiatrie können hier beispielgebend auch für andere medizinische Disziplinen wirken, und haben die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Prinzip bereits weitgehend realisiert.

Eine wichtige Voraussetzung für eine noch notwendige Optimierung der gesundheitlichen Versorgung alter und hochaltriger Kranker ist eine Kette sinnvoll abgestufter Versorgungskonzepte, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungskonzepte integriert, und die das Lebens- und Wohnumfeld so lange wie möglich als hauptsächliches Aktionsfeld begreift und achtet.

Hausärztinnen und Hausärzte bieten sich als Berater und Lotse in den komplizierten Systemen der medizinischen und sozialmedizinischen Versorgung an. Existierende und benennbare Defizite, welche die Erfüllung dieser Rolle einschränken und behindern, müssen allerdings überwunden werden. Von besonderer Dringlichkeit ist auch der Ausbau palliativmedizinischer Behandlung, die hochaltrige und morbide Patientinnen und Patienten in allen Versorgungsbereichen erreichen muss. Hier besteht ebenso wie in der Begleitung Sterbender eine erhebliche Herausforderung für die hausärztliche Versorgung. Dringend verbesserungsbedürftig ist auch die hausärztliche Diagnostik, Beratung und Behandlung der Demenzkranken. In diesem Zusammenhang ist die Inanspruchnahme des fachärztlichen Konsils (Gerontopsychiater, Psychiater, Neurologen) deutlich zu intensivieren. Das Gleiche gilt für die hausärztliche und fachärztliche Betreuung in Heimen, die einen beträchtlichen Anteil psychisch kranker hochaltriger Patientinnen und Patienten in ihren Einrichtungen haben. Die feste Einbindung ärztlicher Kompetenz in die Beratung der Heimleitungen und des Personals ist anzustreben.

Unter der Bedingung verkürzter teilstationärer und stationärer Behandlungsdauern ist der Ausbau ambulanter geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation notwendig, wenn die häusliche Versorgung weiterhin Priorität haben und Heimaufnahmen vermieden werden sollen. Voraussetzung ist die Sicherung der Finanzierung.

Die teilstationäre Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist nach wie vor unzureichend, sowohl was Tageskliniken als auch Tagespflegeheime betrifft. Der restriktiven Handhabung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung ist entgegen zu wirken. Die stationäre Versorgung hochaltriger Patientinnen und Patienten wird gegenwärtig und auch in Zukunft durch Allgemeinkrankenhäuser und geriatrische Abteilungen bzw. Kliniken getragen werden. Die Arbeitsteilung darf nicht von ökonomischen Überlegungen gesteuert werden, sondern vom Gesichtspunkt des für die Patientinnen und Patienten und das System gleichermaßen angemessensten Angebotes. Die vorsichtige Abschätzung des Bedarfs an geriatrischen Betten ergibt ein deutliches Defizit.

Für die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung ist unter Berücksichtigung der zu erwartenden zunehmenden Zahl an Hochaltrigen und damit auch der Demenzkanken ein weiterer Ausbau in Ergänzung der allgemeinpsychiatrischen Versorgung notwendig, keinesfalls ist jedoch eine Reduzierung vertretbar. Vor allem müssen personelle Vorgaben in der Psych-PV erfüllt werden.

Durch die Einbeziehung der Geriatrie in das DRG-System der Fallpauschalen ergeben sich besondere Probleme, die berücksichtigt werden müssen, wenn ein Qualitätsverlust in der Versorgung alter und hochaltriger Patientinnen und Patienten vermieden und eine Verminderung der Chancen für Behandlung und Rehabilitation ausgeschlossen werden soll. Es stehen folgende Probleme im Vordergrund: die Anpassung diagnosebezogener Fallpauschalenermittlung an die Bedingung der Multimorbidität, die Ergänzung diagnosebezogener Kriterien durch Einbeziehung funktioneller Behinderungen und die Lösung der Probleme der Teilung von Fallpauschalen zwischen verschiedenen Institutionen unter der für die Geriatrie typischen Situation, dass viele Patientinnen und Patienten durch Verlegung aus vorbehandelnden Einrichtungen in die Geriatrie gelangen.

Die demographische Veränderung mit besonderer Zunahme der Zahl der Hochaltrigen bedarf zweier komplementärer gesundheitsstruktureller Entwicklungen, um die zukünftigen Probleme angemessen zu bewältigen. Zum einen ist eine stärkere Vermittlung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Wissensinhalte in allen medizinischen Disziplinen mit Ausnahme der Kinderheilkunde unverzichtbar. Andererseits müssen Geriatrie und Gerontopsychiatrie weiter ausgebaut werden. Sie sind zugleich Träger der „Geriatriesierung“ der Medizin im Ganzen, Stätten speziellen Erfahrungs- und Expertisegewinns und der Forschung. Auf dieser Grundlage sind sie außerdem unverzichtbarer Bestandteil mit besonderem Versorgungsauftrag im gesundheitlichen Gesamtsystem.

4.6 Pflegerische Versorgung

Die Lebensphase des hohen Alters ist durch Multimorbidität und ein wachsendes Pflegebedürftigkeitsrisiko gekennzeichnet. Aus diesem Grund hat – neben der familialen Unterstützung – die Unterstützung durch beruflich ausgeübte Pflege für Menschen in den höchsten Altersstufen und am Lebensende eine große Bedeutung. Im vorliegenden Kapitel werden zunächst Daten zu Prävalenz der Pflegebedürftigkeit im hohen Alter vorgestellt (Abschnitt 4.6.1). Im Anschluss daran wird die Situation der ambulanten und teilstationären Versorgung (Abschnitt 4.6.2) sowie der stationären Versorgung (Abschnitt 4.6.3) beschrieben. Trotz der offensichtlichen Bedeutung der pflegerischen Versorgung für hochaltrige Menschen behandelt die entsprechende Fachliteratur das Thema Hochaltrigkeit nur selten. Daher werden in einem weiteren Abschnitt grundsätzliche Überlegungen zu Dimensionen der Pflege vorgestellt (Abschnitt 4.6.4). Anschließend werden die Besonderheiten der Pflege hochaltriger Menschen (Abschnitt 4.6.5) sowie die Besonderheiten der Pflege demenziell erkrankter Menschen (Abschnitt 4.6.6) gesondert behandelt. Abschließend wird ein Fazit zur pflegerischen Versorgung gezogen und es werden Entwicklungsnotwendigkeiten in diesem Bereich hervorgehoben werden (Abschnitt 4.6.7).

Die Einführung der Pflegeversicherung hat nicht allein erhebliche Veränderungen der Infrastruktur in der ambulanten und stationären Versorgung bewirkt, sondern auch verstärkte Forschungsaktivitäten sowie die Herausgabe amtlicher Berichte der Fachministerien und des Statistischen Bundesamtes nach sich gezogen. Diese grundsätzlich zu begrüßende Entwicklung hat jedoch auch dazu geführt, dass es mittlerweile eine Reihe von Datenquellen gibt, denen unterschiedliche Angaben zur Prävalenz der Pflegebedürftigkeit sowie zur Zahl und Art der Pflegeeinrichtungen zu entnehmen sind. Im Folgenden wird vor allem auf zwei Quellen Bezug genommen. Dies sind der „Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2001) und der „Kurzbericht: Pflegestatistik 1999“ (Statistisches Bundesamt 2001e). Ferner fließen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (denen teilweise Informationen zur sozialen Pflegestatistik zu entnehmen sind), Ergebnisse länderspezifischer Statistiken sowie sozialwissenschaftlicher Untersuchungen in den Bericht ein.

4.6.1 Pflegebedürftige nach SGB XI

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 1999 über zwei Millionen Menschen in Deutschland im Sinne des SGB XI pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2001e). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen sind Hochaltrige ab 80 Jahren, mehr als ein Drittel ist älter als 85 Jahre. Die überwiegende Mehrzahl der über 80-jährigen Pflegebedürftigen sind Frauen (81 %).

Die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit nimmt im höheren Alter stark zu. Von den 60- bis 64-Jährigen sind nur 1,6 % pflegebedürftig nach SGB XI, von den 80- bis 84-Jährigen 38,4 % und in der Altersgruppe ab 90 Jahren 60,2 %. Auffällig ist, dass mit steigendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit für Frauen stärker zunimmt als für Männer. Im Alter von 90 und mehr Jahren sind 65,3 % der Frauen gegenüber 42,0 % der Männer pflegebedürftig.

Nahezu drei Viertel (72 %) aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Von diesen 1,44 Mio. Personen er-

Tabelle 4-17

Pflegebedürftige nach SGB XI[1] am Jahresende 1999

Alter (in Jahren)	Insgesamt	darunter:		
		weiblich	zu Hause versorgt	in Heimen versorgt
	Anzahl	in %		
Insgesamt	2 016 091	*68,7*	*71,6*	*28,4*
darunter:				
80 und älter	1 014 590	*81,0*	*62,8*	*37,2*
80 – 84	278 512	*76,9*	*68,4*	*31,6*
85 – 89	436 921	*81,2*	*63,4*	*36,6*
90 und älter	299 157	*84,5*	*56,7*	*43,3*

[1] Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung (einschl. Pflegebedürftige in Heimen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden).

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 8, eigene Berechnungen.

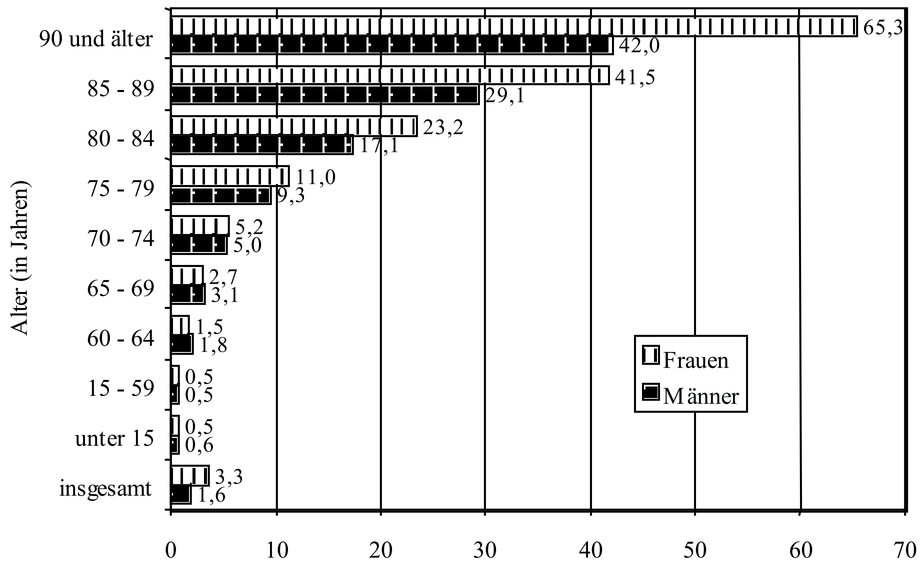
halten 71 % (1,03 Mio.) ausschließlich Pflegegeld (Statistisches Bundesamt 2001e). Das bedeutet, dass sie von ihren Angehörigen oder – seltener – von Freunden und Nachbarn versorgt werden. Bei den Übrigen werden professionelle Pflegedienste hinzugezogen.

Insgesamt befindet sich nahezu die Hälfte aller Leistungsempfänger in Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig). Erwartungsgemäß befinden sich in den Heimen wesentlich mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III) als im häuslichen Bereich.

Hochaltrige Menschen sind in besonderer Weise auf die Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung angewiesen. Aus der Perspektive der Träger von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und dem in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personal ist es außerordentlich bedeutsam, Kenntnisse und Kompetenzen bezüglich

Abbildung 4-5

Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am Jahresende 1999



Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 8, eigene Darstellung.

Tabelle 4-18

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2000 nach Pflegestufen

Ort der Versorgung	Leistungsempfänger	davon: in Pflegestufe ...		
		I	II	III
	Anzahl	in %		
zu Hause (ambulant)	1 442 880	*52,0*	*37,1*	*10,9*
im Heim (stationär)*	573 211	*30,8*	*43,4*	*22,4*
Insgesamt	2 016 091	*46,0*	*38,9*	*14,1*

* Zum Erhebungszeitpunkt waren 3,4 % der Leistungsempfänger im Heim ohne Pflegestufenzuordnung.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 7.

des hohen Alters zu besitzen, um angemessen auf den Bedarf der zu betreuenden hochaltrigen Menschen reagieren zu können.

4.6.2 Ambulante und teilstationäre Pflege: Strukturen und Inanspruchnahme

Soll angesichts der Zunahme schwerpflegebedürftiger älterer Menschen dem Grundsatz „ambulant vor stationär" Rechnung getragen werden, kommt – neben den Angehörigen – den ambulanten Pflegediensten eine Schlüsselfunktion bei der Bewältigung dieses Problems zu.

4.6.2.1 Inanspruchnahme ambulanter Pflege

Pflegebedürftige, die ambulante Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wählen überwiegend Pflegegeld: Im Jahr 1999 nahmen 74 % der Leistungsberechtigten Pflegegeld, 12 % Pflegesachleistungen und 15 % Kombinationsleistungen in Anspruch (siehe Tabelle 4-19). Der Anteil der Pflegegeldbezieher hat zwischen 1995 und 1999 abgenommen und der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen ist im selben Zeitraum deutlich gestiegen (von zusammen 16 % auf zusammen 27 %). Gerade die Kombinationsleistungen scheinen eine hohe Bedeutung zu haben: Die reine Pflegesachleistung – also die Pflege durch einen Pflegedienst – ist entweder nur bei geringfügig Pflegebedürftigen möglich oder nur mit Unterstützung von Angehörigen, die auch ohne Leistungen der Pflegeversicherung die Pflege übernehmen. Etwa 45 % der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung für häusliche Pflege sind mit über 80 Jahren hochaltrig. Der Anteil der Hochaltrigen ist in den Jahren seit Einführung des SGB XI leicht zurückgegangen, was auf die frühen Verluste durch den 1. Weltkrieg in dieser Alterskohorte zurückgeführt wird (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

4.6.2.2 Antragsteller und Antragstellerinnen für häusliche Pflege

Eine Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen von 1996 kann Hinweise auf die Altersverteilung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege geben (Bartholomeyczik et al. 1998). In Tabelle 4-20 sind die Ergebnisse dieser Sonderauswertung dargestellt. Im Vergleich mit unter 80-jährigen Antragstellern waren über 80-jährige Antragsteller häufiger Frauen. Zudem wurde bei hochaltrigen Antragstellenden seltener keine Pflegestufe nach SGB XI festgestellt

Tabelle 4-19

Bezieher verschiedener Leistungsarten der Pflegeversicherung

Jahr	Insgesamt	Pflegegeld		Pflegesachleistung		Kombinationsleistung	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1995	1 052 486	887 403	*84 %*	82 790	*8 %*	82 293	*8 %*
1996	1 185 262	943 878	*80 %*	105 879	*9 %*	135 305	*11 %*
1997	1 248 910	971 939	*78 %*	119 428	*10 %*	157 543	*13 %*
1998	1 268 328	962 669	*76 %*	133 895	*11 %*	171 764	*14 %*
1999	1 328 081	982 877	*74 %*	152 648	*12 %*	192 556	*15 %*

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2001.

(so genannte Pflegestufe 0) und es wurden mehr Kombinationsleistungen in Anspruch genommen. Hervorzuheben ist zudem, dass der Anteil der Antragsteller in Pflegestufe drei bei den Jüngeren tendenziell höher als bei den Hochaltrigen ist. Die Ergebnisse der standardisierten Begutachtungsdaten von Antragstellern für häusliche Pflege in Hessen 1996 zeigen schließlich, dass bis zum Alter von 90 Jahren die durchschnittlichen Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen ungefähr gleich stark ausgeprägt sind (Bartholomeyczik et al. 1998: 73). Bei den über 90-Jährigen finden sich die Unterschiede zu den relativ Jüngeren im Bereich der Mobilität, der Beschäftigung und der Kommunikationsfähigkeit.

Hochaltrige Antragsteller leben einerseits häufiger allein im eigenen Haushalt, andererseits aber auch häufiger mit ihren Kindern zusammen als Antragsteller unter 80 Jahren. Nur wenige hochaltrige Antragstellende leben mit einem Lebenspartner zusammen (20 %). Dabei sind die erheblichen Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern hervorzuheben (siehe Tabelle 4-21, Seite 226): Von den über 80-jährigen Antragstellern sind 72 % Frauen und 28 % Männer. Während ein erheblicher Teil der über 80-jährigen männlichen Antragsteller mit einer Lebenspartnerin lebt (46 % vs. 10 % bei den Frauen), leben die über 80-jährigen weiblichen Antragstellenden entweder mit Kindern (51 %) oder allein (44 %).

Da die Mitbewohnersituation meist Ausschlag gebend dafür ist, ob Pflege zu Hause durchgeführt werden kann, selbst wenn Unterstützung von Pflegediensten in Anspruch genommen wird, ist hervorzuheben, dass hochaltrige Frauen

Tabelle 4-20

Vergleich hochaltriger Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit jüngeren (Zufallsstichprobe, n= 1078)

	Bis zu 80-jährige Antragsteller	über 80-jährige Antragsteller	Gesamt
Geschlecht			
männlich	*42 %*	*28 %*	*35 %*
weiblich	*58 %*	*72 %*	*65 %*
Pflegestufe			
0	*27 %*	*22 %*	*25 %*
1	*33 %*	*40 %*	*36 %*
2	*27 %*	*27 %*	*27 %*
3	*13 %*	*11 %*	*12 %*
Antrag auf			
Geldleistung	*77 %*	*69 %*	*73 %*
Sachleistung	*10 %*	*11 %*	*10 %*
Kombi-Leistung	*14 %*	*20 %*	*17 %*
Haushaltsform:			
alleine lebend	*24 %*	*40 %*	*32 %*
mit anderen lebend	*76 %*	*60 %*	*68 %*
mit Lebenspartner*	*42 %*	*20 %*	*32 %*
mit Kindern*	*30 %*	*48 %*	*39 %*
mit anderen Angehörigen*	*18 %*	*21 %*	*19 %*
Gesamt	*53 %*	*47 %*	

* In % aller Antragsteller; Mehrfachzuordnungen möglich.

Quelle: Bartholomeyczik et al. 1998 – Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen 1996.

Tabelle 4-21

Haushaltsstruktur hochaltriger (älter als 80 Jahre) Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege in Hessen 1996

	Männer (28 % der Antragsteller)	Frauen (72 % der Antragsteller)	Gesamt
Alleinlebend	*27 %*	*44 %*	*40 %*
mit Lebenspartner*	*46 %*	*10 %*	*20 %*
mit Kindern*	*41 %*	*51 %*	*48 %*
mit anderen Angeh.*	*18 %*	*22 %*	*21 %*

* Mehrfachzuordnungen möglich.

Quelle: Bartholomeyczik et al. 1998 – Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen 1996.

in dieser Hinsicht deutlich schlechtere Chancen haben als gleichaltrige Männer. Die Tatsache, dass Ehefrauen in der Regel jünger sind als ihre Ehemänner sowie die höhere Lebenserwartung der Frauen führen dazu, dass hochaltrige Männer mit hoher Wahrscheinlichkeit mit ihren Ehepartnerinnen in einem Haushalt leben, während hochaltrige Frauen sehr viel häufiger verwitwet sind.

4.6.2.3 Zahl der Dienste und Personal in der ambulanten Pflege

Im Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, die auf Angaben der Pflegekassen beruht, lag die Zahl der ambulanten Pflegedienste im Januar 1998 bundesweit bei 11 737, im Oktober 2000 bei 12 956 (Deutscher Bundestag 2001, siehe Tabelle 4-22). Demnach ist die Zahl

Tabelle 4-22

Entwicklung der Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

Bundesland	Stand: 1. Januar1998	1. Januar 1999	1. Januar 2000	1. Oktober 2000
Baden-Württemberg	750	1.126*	1.278	1.278**
Bayern	1.795	1.820	1.885	1.922
Berlin	342	354	348	348
Brandenburg	532	568	558	542
Bremen	119	119	116	139
Hamburg	403	403	419	428
Hessen	946	978	993	968
Mecklenburg-Vorpommern	385	396	418	420
Niedersachsen	1.135	1.135	1.120	1.189
Nordrhein-Westfalen	2.466	2.466	2.589	2.591
Rheinland-Pfalz	422	410	459	462**
Saarland	168	168	173	171
Sachsen	906	956	970	983
Sachsen-Anhalt	502	529	539	539
Schleswig-Holstein	474	474	578	585
Thüringen	392	392	393	391
Insgesamt	11.737	12.294	12.836	12.956

* eigene Zusammenstellung nach Landesangaben.
** Stand: 1. Juli 2000.

Quelle: BMG 2001: 127, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

der Anbieter ambulanter Pflege von 1998 bis 2000 um ca. 1.200 gestiegen.

Tabelle 4-23 gibt einen Überblick über die Trägerschaft und die Größe der ambulanten Dienste. Die Trägerschaften ambulanter Dienste lagen im Jahr 1999 etwa zur Hälfte bei privat-gewerblichen Trägern (50,9 %) und bei frei-gemeinnützigen Trägern (47,2 %); kommunale Träger sind mit 2,0 % nur in geringem Umfang vertreten (Statistisches Bundesamt 2001e). Die Zahl der Pflegedienste sagt nur wenig über den Gesamtumfang an Angeboten und Personalkapazität aus. Etwa 14 % der ambulanten Dienste versorgen unter zehn Pflegebedürftige, etwa 21 % elf bis 20 Pflegebedürftige, knapp 40 % 21 bis 50 Pflegebedürftige, knapp 20 % 51 bis 100 Pflegebedürftige und nur etwa 5 % mehr als 100 Pflegebedürftige. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Größe der Dienste nach Trägerschaft: Während fast die Hälfte der privat betriebenen ambulanten Dienste als kleine Unternehmen zu bezeichnen sind (bis zu 20 betreute Pflegebedürftige), ist ein erheblicher Teil der frei-gemeinnützigen Einrichtungen groß (21 bis 50 betreute Pflegebedürftige) oder sehr groß (über 100 betreute Pflegebedürftige) (Statistisches Bundesamt 2001e).

Von den mehr als 180 000 in ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen haben etwa die Hälfte einen Abschluss als Pflegefachkraft (Altenpflegerin/-pfleger, Kranken-schwester/-pfleger oder Kinderkrankenschwester/-pfleger), und knapp ein Fünftel sind als Pflegehelferin/-helfer oder in sonstigen Pflegeberufen ausgebildet (Statistisches Bundesamt 2001e, siehe Tabelle 4-24).

Tabelle 4-23

Ambulante Pflegedienste nach Zahl der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen, 1999

Betreute Pflegebedürftige	Pflegedienste				Gesamtzahl
	privater Träger	Freigemeinnütziger Träger	öffentlicher Träger	Insgesamt	ambulanter Pflegedienste
	%				Anzahl
1–10	*20,0*	*8,3*	*10,8*	*14,3*	1.548
1–20	*28,5*	*13,6*	*21,2*	*21,3*	2.305
2–50	*40,3*	*39,2*	*45,6*	*39,9*	4.316
5–100	*9,7*	*29,6*	*19,7*	*19,3*	2.087
101 und mehr	*1,5*	*9,3*	*2,8*	*5,2*	564
Zusammen	*100*	*100*	*100*	100	
(Anzahl)	(5.504)	(5.103)	(213)	(10.820)	10820

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 10.

Tabelle 4-24

Personal nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten

	Anzahl	Anteile
Pflegefachkraft (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege)	87.984	*47,9 %*
staatl. anerkannte (Alten-/Krankenpflege-)HelferIn	14.112	*7,7 %*
Pflegewissenschaftlicher Abschluss an FH oder Univ.	420	*0,2 %*
Heilerziehungspflegerin, Heilpädagogin	529	*0,3 %*
ErgotherapeutIn	132	*0,1 %*
sozialpäd./sozialarbeiterischer Abschluss	1.539	*0,8 %*
sonstiger pflegerischer oder sozialer Beruf (mit Abschluss)	20.841	*11,3 %*
hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	5.216	*2,8 %*
sonstiger Berufsabschluss	32.164	*17,5 %*
ohne Berufsabschluss/in Ausbildung	20.845	*11,3 %*
Gesamt	183.782	*100 %*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 12.

Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Pflegewissenschaftlerinnen/-wissenschaftler, die an Fachhochschulen oder Universitäten eine Ausbildung erhalten haben, sind in ambulanten Pflegediensten nur vereinzelt beschäftigt. Eine bedeutsame Gruppe sind Personen, die einen nicht pflegespezifischen Berufsabschluss haben (17,5 %) sowie Personen, die keinen Berufsabschluss haben bzw. sich in der Ausbildung befinden (11,3 %). Der größte Teil der in ambulanten Pflegeeinrichtungen Beschäftigten sind Frauen (85,1 %). Von allen in ambulanten Diensten beschäftigten Personen sind 31,0 % vollzeitbeschäftigt, 26,7 % sind teilzeitbeschäftigt mit mehr als 50 % der Arbeitszeit, 15,7 % sind teilzeitbeschäftigt mit weniger als 50 % der Arbeitszeit und 21 % sind geringfügig beschäftigt. Hierbei gibt es allerdings zwischen den Berufsgruppen erhebliche Unterschiede: Bei den Altenpflegerinnen sind fast die Hälfte der Personen vollzeit beschäftigt, bei den (zahlenmäßig allerdings nur wenigen) Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern sind es knapp 61 %.

4.6.2.4 Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Bislang liegen nur wenige Untersuchungen über die Arbeitsbedingungen Pflegender in der ambulanten Pflege vor. Genannt werden können hier nur zwei Studien, von denen die eine an einer nicht repräsentativen Stichprobe von 184 Mitarbeiterinnen Berliner ambulanter Pflegedienste durchgeführt wurde (Barthelme et al. 1999), deren Ergebnisse daher nur mit Vorsicht verallgemeinert werden sollten. Eine zweite, umfassendere Untersuchung wurde in 28 ambulanten Pflegediensten bei 273 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Region Rhein-Neckar in 2000 und 2001 durchgeführt, wobei die Struktur der teilnehmenden Dienste als repräsentativ für Deutschland angesehen wird (Weyerer et al. 2001).

In beiden Studien steht als Belastungsfaktor der Zeitdruck im Vordergrund und damit verbunden die als nicht ausreichend eingeschätzte pflegerische Versorgung. Diese Problematik nennen Pflegende auch in stationären Arbeitsbereichen: Zeitdruck beherrscht die Pflege auch in Akutkrankenhäusern (Bartholomeyczik 1993) und in Altenheimen (Zimber et al. 1998). Zeitdruck ist somit als ein berufsinhärentes Belastungsmoment zu sehen, welches im Bereich der Pflege Hochaltriger von besonderer Bedeutung ist., da der Umgang mit alten Menschen oftmals großer Geduld bedarf, denn Veränderungen der kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bringen einen erhöhten Zeitbedarf mit sich. Dies gilt verstärkt für Hochaltrige und dabei nochmals verstärkt für Pflegebedürftige. Zeitdruck in der Pflege Hochaltriger ist ein Risikofaktor für Qualität der Pflege.

Als weiterer Belastungsfaktor werden – wie in anderen Studien über die Pflegearbeit auch – die schweren körperlichen Anforderungen genannt. Hierbei ist insbesondere das häufige und schwierige Heben und Bücken zu nennen. Als Besonderheit in der ambulanten Pflege ist zudem die Arbeit in einer oft ungenügenden räumlichen Ausstattung der Wohnungen der zu pflegenden Menschen hervorzuheben. Als Belastungsfolgen werden insbesondere körperliche Beanspruchungsreaktionen, wie etwa Kreuz- und Muskelschmerzen sowie Wirbelsäulenleiden genannt (Weyerer et al. 2001). Verbunden damit ist bei etwa einem Drittel der Befragten ein hoher Schmerzmittelkonsum. Zudem zeigt sich, dass bei den Pflegenden der Anteil der Raucherinnen und Raucher überdurchschnittlich hoch ist. Schließlich finden sich bei etwa einem Drittel ausgeprägte Symptome emotionaler Erschöpfung in Form von „innerer Leere“ und „Ausgebranntsein“.

Spezielle Pflegeaufgaben werden in beiden Studien ebenfalls als Belastungen gesehen. Hier ist vor allem das Gefühl der Aussichtslosigkeit zu nennen, die Konfrontation mit Tod und Sterben, und die Sterbebegleitung. Auch die Betreuung Demenzkranker und schließlich die Reinigungsarbeiten werden als Belastungen erlebt. Zudem werden auch Gefühle von Monotonie, Langeweile und fachlicher Unterforderung von einem Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beklagt (Weyerer et al. 2001). Angesichts der teilweise nachgewiesenen pflegerischen Unter- und Fehlversorgung alter Menschen wird hier ein Problem deutlich, das mit der (mangelnden) Reflektion des eigenen Berufsverständnisses zusammenhängen könnte. Schließlich wird auch geringe Bezahlung als Belastungsfaktor genannt (Barthelme et al. 1999), unabhängig von dem Träger des Pflegedienstes. Etwa ebenso stark fühlen sich die Befragten durch ständige innerbetriebliche Umorganisationen belastet.

Die Ergebnisse der beiden Studien zeigen, was bereits in anderen Untersuchungen über die Arbeitsbedingungen der Pflege bekannt wurde: Die dringende Notwendigkeit, die schwerer körperliche Arbeit zu vermindern und das Problem des Zeitdrucks einer rationalen Bearbeitung zugänglich zu machen.

4.6.2.5 Erwartungen an Pflegedienste

Erwartungen pflegebedürftiger Menschen an die sie betreuenden Pflegedienste sind kaum mit dem Blick auf das Alter der Pflegebedürftigen untersucht worden. Zudem ist es häufig so, dass der in Anspruch genommene Pflegedienst in der Regel nicht von den Pflegebedürftigen selbst ausgewählt wird, sondern oft von Angehörigen oder aufgrund von Empfehlungen der Sozialdienste in Krankenhäusern.

Es zeigt sich in allen entsprechenden Befragungen von Pflegebedürftigen, dass sie grundsätzlich ein großes Verständnis für die Situation von Pflegediensten haben und ihnen einen hohen Vertrauensvorschuss entgegenbringen (Runde et al. 1997). Eine der wichtigsten und immer wieder geäußerten Erwartungen an einen Pflegedienst ist die personelle Kontinuität der pflegenden Personen. Verbunden ist damit die Erwartung an die Vertrautheit der Person in der Beziehung, aber auch die Vertrautheit der pflegerischen Maßnahmen, die möglichst gleich sein sollen (Runde et al. 1997, Wild & Strümpel 1996, Grün 1998, Foerner 1999). Angesichts des hohen Anteils an Teilzeit- und Aushilfskräften in ambulanten Diensten scheint sich dieser Wunsch bisher kaum auf die Organisation der Dienste ausgewirkt zu haben. Eine Arbeitsablauforganisation wie die Bezugspersonenpflege ist in ambulanten

Diensten nur selten vorzufinden. In diesem Zusammenhang ist auch die Problematik der qualifikationsspezifischen Arbeitsteilung zu nennen, derzufolge beispielsweise die Körperpflege von einer Helferin erbracht wird, die Spritze jedoch von einer staatlich geprüften Pflegeperson verabreicht wird. Ähnlich wichtig wie die personelle Kontinuität ist die Pünktlichkeit bzw. Einhaltung von verabredeten Zeiten (Knäpple et al. 1997). Schließlich wird auch die Verfügbarkeit des ambulanten Dienstes außerhalb der vereinbarten Versorgungszeiten erwartet, zumindest für telefonische Nachfragen, die nicht nur mit einem Anrufbeantworter beantwortet werden (Foerner 1999).

Auch wenn der Anteil der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung abnimmt, der ausschließlich Geldleistungen bezieht, sehen es nach wie vor die meisten Familienangehörigen beim Eintreten der Pflegenotwendigkeit als ihre Pflicht, die Pflege selbst zu übernehmen (Runde et al. 1997). Dabei bedeutet die Übernahme der Pflege häufig die Veränderung der Lebensgewohnheiten für die Pflegenden und eine Reihe umfangreicher Belastungen. Darauf wird in Kap. 4.2 ausführlich eingegangen. Als wichtiger Hinweis für die (mangelhafte) Integration beruflicher und familialer Pflege soll hier festgehalten werden: Nach einer Untersuchung über die Kooperation zwischen Angehörigen und beruflichen Pflegediensten stellt sich die Kooperation zunächst als relativ reibungslos und störungsfrei dar (Schaeffer 2001). Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese Reibungslosigkeit jedoch faktisch als Nicht-Zusammenarbeit und unverbundenes Nebeneinander: Der Pflegedienst kommt, die Angehörigen verlassen den Raum und wenden sich anderen Dingen zu. „Zwischen beiden herrscht eine ‚Ablösementalität‘, allerdings ohne ‚Übergabe‘, denn für diese besteht aus Gründen der Zeitknappheit der ambulanten Pflege kein Raum.“ (ebenda 2001: 12). Der Unterstützungs- und Anleitungsbedarf pflegender Angehöriger bleibt auf diese Weise ebenso unbemerkt wie Anzeichen von Überlastungen, potenzielle präventive Maßnahmen können nicht genutzt werden.

4.6.2.6 Pflichtbesuche nach § 37 (3) SGB XI

Eine gute Gelegenheit, Hilfebedarf zu ermitteln und über Hilfsangebote zu informieren, wären die vorgeschriebenen Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI. Erfahrungen zeigen, dass pflegende Angehörige bei Kontakten mit Professionellen oft mehr Gesprächsbedarf haben als die Pflegebedürftigen selbst. Dies gilt allerdings weniger für die Pflichtbesuche, die oft als Kontrollen und Eingriff in die Autonomie der Familie empfunden werden. Hier ist vor allem Beratungskompetenz vonnöten gepaart mit pflegefachlichen und psychologischen Kenntnissen, die die beruflich Pflegenden jedoch häufig nicht mitbringen können. An dieser im SGB XI eingebauten „Zwangsschnittstelle“ zwischen beruflicher Pflege und dem familialen Pflegearrangement könnte bei guter Kenntnis der Beratenden ein umfassendes Entlastungspotenzial eingebracht werden. Hierzu sollten Konzepte entwickelt und Schulungen eingeführt werden.

Viele Pflegedienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter haben nur vage Vorstellungen über Aufgaben und Möglichkeiten dieser Einsätze, auch wenn sie sie durchführen (Ott, U. 1998). Möglicherweise ist diese Unsicherheit auch mit dem ambivalenten Ziel der Pflichtbesuche verbunden, einerseits die Qualität der Pflege sicherzustellen und andererseits die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen aus der Pflegeversicherung zu überprüfen, auch wenn im Vordergrund die Förderung der Qualität stehen soll (Klie & Krahmer 1998). Weiterhin hat sich noch nicht allgemein durchgesetzt, dass für die berufliche Pflege nicht nur der Pflegebedürftige selbst, sondern genauso die Angehörigen Adressat der fachlichen Unterstützung ist. Beratungskompetenzen, vor allem mit präventiver Zielrichtung, fehlen darüber hinaus oft.

Die an Marktprinzipien orientierte Organisation der Versorgung mit kleinen, berufsorientierten und konkurrierenden Einrichtungen erschwert für die potenziellen Nutzer die effektive Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Während ambulante Pflegedienste bei potenziellen Nutzerinnen und Nutzern allgemein bekannt sind, kennen insbesondere viele Pflegebedürftige andere Unterstützungseinrichtungen wie Tagespflege, Kurzzeitpflege oder Betreutes Wohnen oft nicht. Dies trifft in ganz besonderem Maße für Hochaltrige über 85 Jahre zu, die deutlich schlechter informiert sind als die Jüngeren. (Blinkert & Klie 1999b). Insgesamt sind offenbar diejenigen, für die die angebotenen Hilfen am wichtigsten wären, schlechter informiert als andere. Dies sind die Schwerstpflegebedürftigen, die ausschließlich selbst Pflegenden und diejenigen mit instabileren sozialen Netzwerken und aus unteren sozialen Schichten. Obwohl die familiale Pflege vor allem von Frauen getragen wird, werden in Pflegearrangements, in denen Männer eine wesentliche Rolle spielen, Beratungsangebote häufiger genutzt.

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen für Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für die häusliche Pflege muss in der Empfehlung anderer Informationsstrukturen liegen. Beratung sollte vermehrt individuell, zugehend und persönlich direkt organisiert werden. Schriftliches Informationsmaterial ist nur bedingt hilfreich.

4.6.2.7 Kurzzeitpflege

Auch wenn die Kurzzeitpflege ein stationäres Angebot ist, so stellt sie eine Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege dar. Kurzzeitpflege dient in erster Linie pflegenden Angehörigen, denen Urlaub ermöglicht werden soll. Kurzzeitpflegeplätze sind meist an vollstationäre Einrichtungen angegliedert oder als so genannte „eingestreute Plätze“ organisiert, und können auch als Gästebetten oder zum Probewohnen genutzt werden. Es gibt bundesweit auch einige solitäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2001). Die Zahl der Einrichtungen wird bundesweit mit etwa 14 200 Plätze in 4 150 Einrichtungen angegeben, im Durchschnitt drei Plätze pro Einrichtung. Belegt waren zum Befragungszeitpunkt 72 % der Plätze (Schneekloth & Müller 2000). Entsprechend der Funktion schwankt die Inanspruchnahme beträchtlich: Während meistens das Angebot bei weitem ausreicht, kommt es in den Ferienzeiten oft zu Engpässen (Bundesministerium für Gesundheit 2001). Informationen

über die Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflegeplätzen sind nicht bekannt.

4.6.2.8 Tages- und Nachtpflege

Ein echtes teilstationäres Angebot sind Tages- und Nachtpflege. Diese Plätze können als so genannte „eingestreute Plätze“ von vollstationären Einrichtungen angeboten werden, es gibt aber auch Einrichtungen, die auf teilstationäre Pflege spezialisiert sind. Angebote der Tages- oder Nachtpflege können eine wesentliche Unterstützung für die häusliche Pflege darstellen. Ihre genaue Anzahl ist nur schwer festzustellen, da es keine eigenständige Adressdatei dafür gibt. Bei der Darstellung dieser Angebote werden außerdem häufig Kurzzeitpflegeplätze mit erfasst. Sehr häufig sind diese Angebote bestehenden Pflegeeinrichtungen angegliedert, nur wenige Tageseinrichtungen sind unabhängig organisiert, wobei dies regional sehr unterschiedlich ist. So geben 20 % ambulanter Einrichtungen an, Tagespflegeplätze anzubieten, in denen sie im Durchschnitt 25 Personen betreuen (marmas bonn 2000). Für das Angebot der Nachtpflege existieren zurzeit etwa 1 400 Pätze mit durchschnittlich zwei bis drei Plätzen pro Einrichtung. Nachgefragt wird die Nachtpflege recht selten: Es waren zum Zeitpunkt der Befragung nur 13 % der Plätze genutzt (Schneekloth & Müller 2000).

Über die Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer von Tages- und Nachtpflege liegen keine Informationen vor. Erfahrungsberichten zufolge sind Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen eher hochaltrig, aber nicht schwerstpflegebedürftig, sondern häufiger in Pflegestufe 1 und 2, dies sind überwiegend Menschen mit Demenz. Da gerade für Demenzkranke das Vertraute und Kontinuierliche von großer Bedeutung ist, kann die Tagespflege dann eine fördernde Funktion für sie haben, wenn sie regelmäßig und kontinuierlich in Anspruch genommen wird. Die unregelmäßige Betreuung, etwa an wenigen Tagen im Monat, wird für die meisten Demenzkranken wenig hilfreich, möglicherweise sogar Angst erzeugend sein.

Insgesamt ist die Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen nach wie vor als zu gering zu bewerten, schon allein weil viele Pflegebedürftige wegen zu großer Entfernungen keine Chance zur Nutzung des Angebots haben. Andererseits ist die Kenntnis von Möglichkeiten der Tagespflege oft noch sehr gering. Dies betrifft auch die Kenntnisse der Personen, die beratende Funktionen im Bereich der Altenhilfe ausüben. Schließlich gibt es ebenso wie gegenüber Pflegediensten die Ablehnung dieses Angebots, weil Pflege nichts sei, was in fremde Hände zu geben sei.

4.6.2.9 Entwicklungsnotwendigkeiten nichtstationärer Angebotsstrukturen

Die derzeitige Unterstützungs- und Versorgungsstruktur für hochaltrige oder demenzkranke Personen ist noch sehr stark von der Dichotomie „häusliche Versorgung“ versus „stationäre Versorgung“ geprägt. Dazwischen liegende Angebote wie Tage- und Nachtpflege leiden teilweise noch an Akzeptanzmangel. Es sind vor allem die pflegenden Angehörigen, deren Belastbarkeitsgrenzen zur Übersiedelung der Pflegebedürftigen in ein Altenpflegeheim führen, allein lebende Pflegebedürftige müssen diese Entscheidung sehr viel früher treffen. Die Ursachen hierfür liegen keinesfalls nur an dem unzureichenden Angebotssystem, sondern auch an der Zurückhaltung der Betroffenen und ihrer Angehörigen gegenüber professionellen Hilfeangeboten. Drei Probleme sind zu nennen, die die derzeitige Situation der ambulanten Pflege kennzeichnen: eingeschränktes Pflegeverständnis, kleinteilige Organisation ambulanter Pflege sowie Fragmentierungen des Sozial- und Gesundheitswesens und der Finanzierungsstruktur.

1.) Eingeschränktes Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege: Kern des gegenwärtig in der Praxis umgesetzten Pflegeverständnisses ist die eng körperbezogene, rein „handwerkliche“ Pflege, die dem partikularen Pflegeverständnis der Sozialen Pflegeversicherung nahe kommt, aber nicht mit dem umfassenden Verständnis der Praktiker übereinstimmt. Die Angebote der Pflegedienste sind im Wesentlichen alle auf die gleichen Inhalte ausgerichtet. Rehabilitative Pflege, Gesundheitsförderung auch bei Hochaltrigen, umfassende Beratung und Anleitung, Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige, Stellvertreterfunktionen für die Hinzuziehung weiterer Unterstützungsangebote, all dies wird erst in Ansätzen geleistet und überfordert traditionelle Dienste weitgehend – und ist in weiten Teilen zurzeit kaum refinanzierbar.

2.) Kleinteilige Struktur der ambulanten Pflege: Gekennzeichnet ist das Angebot der ambulanten Pflege durch eine kleinteilige Struktur der Angebote und der Pflegedienste – trotz mancher quantitativ großen Träger bei den Wohlfahrtsverbänden –, die im Wesentlichen auf die gleichen Inhalte ausgerichtet sind. Bei der großen Zahl kleinster Pflegedienste, die eine Kassenzulassung erhalten, sobald einige formale Qualitätsansprüche erfüllt sind, ist die Chance für eine Veränderung gering. Pflegedienste benötigen jedoch eine hinreichende personelle Ausstattung, mit der fachliche Schwerpunkte vertreten werden und Expertinnen und Experten als eine Art Konsildienst hinzugezogen werden können, bei der aber nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über alle notwendigen Kompetenzen verfügen müssen. Notwendig sind vor allem vertiefte gerontopsychiatrische Kenntnisse und Fähigkeiten, Kenntnisse eines breiten Spektrums von Beratungsmöglichkeiten, der Versorgungsstruktur einschließlich ehrenamtlicher Hilfen. Von besonderer Bedeutung sind zugehende Unterstützungsangebote, die wirksam werden können, bevor die Hilfe nachgesucht wird.

3.) Fragmentierte Organisations- und Finanzierungsstruktur: Hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Bereitstellung von Essen, Fahrdienste sind häufig als gesonderte Dienste organisiert. Wenn sich die Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen alles einzeln zusammensuchen müssen, ist dies für diese sehr aufwendig. Normalerweise sind auch alle weiteren Gesundheitsfachberufe jeweils in Einzelpraxen niedergelassen, wie die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden. Alle sind bestens bemüht, arbeiten aber nebeneinander her, Kooperation wird durch das Finanzierungssystem eher behindert. Die Einzelorganisationsform gilt schließlich

auch für die niedergelassenen Ärzte, allen voran die Hausärzte, die in Zukunft eine noch stärkere Beratungs- und Verteilungsfunktion („gate keeper“) übernehmen sollen. Die derzeit gültigen Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege zeigen jedoch, dass es hier vor allem bei Entlassungen aus dem Krankenhaus zu außerordentlichen Reibungsverlusten kommt, da keine direkte Vernetzung zwischen Krankenhaus- und Hausarzt vorhanden ist. Die Pflegedienste müssen daher teilweise auf eigene Rechnung die Pflege beginnen, damit der Patient nicht zu Schaden kommt. Bei dieser Fragmentierung ist es notwendig, eine zentrale Institution zu schaffen, die als Anlaufstelle für Rat- und Hilfesuchende fungiert. Berücksichtigt werden muss, dass die Kompetenz, die richtige Hilfe zu suchen, auch schichtspezifisch verteilt ist, ebenso wie die Ablehnung von professioneller Hilfe. Dies sollte vor allem bei zugehenden Angeboten bedacht werden. Insgesamt muss eine breite Beratung zur Verfügung gestellt werden können, die sich auf alle wichtigen Bereiche erstreckt: Neben Informationen zu Versorgungsstrukturen je nach Hilfebedarf auch individueller Rat für Hilfemaßnahmen, Beratung zur Wohnraumanpassung, zur Finanzierung, zu rechtlichen Grundlagen, aber auch die Kontakte zu Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen. Eine derartige Beratungsstelle muss alle Kompetenzen in einer Hand haben, um in wesentlichen Fragen selbst die Antworten geben zu können oder die fachlich notwendige Weiterleitung der Hilfesuchenden fundiert und umfassend zu leisten.

Die Bedeutung mangelhafter vernetzter Versorgungsstrukturen und deren Folgen werden ausführlicher in Kap. 4.8 diskutiert.

4.6.3 Stationäre Pflege

4.6.3.1 Einrichtungen

Im Oktober 2000 existierten laut Pflegeversicherungsstatistik 8 657 stationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Zulassung nach SGB XI haben (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, siehe Tabelle 4-25). Die Anzahl der zugelassenen vollstationären Einrichtungen stieg von Januar 1998 bis Oktober 2000 um 681, das entspricht einer Zunahme um ca. 9 %. Damit nähert sich die quantitative Zunahme in dem angegebenen Zeitraum der relativen Zunahme (ca. 10 %) der ambulanten Pflegedienste an, d. h. der Markt expandiert in ähnlichem Umfang.

Von den stationären Pflegeeinrichtungen werden über die Hälfte von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben (56,6 %), etwas mehr als ein Drittel von privat-gewerblichen Trägern

Tabelle 4-25

Entwicklung der Anzahl der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

Bundesland	1. Januar 1998	1. Januar 1999	1. Janur 2000	1. Januar 2000
Baden-Württemberg	940	940	1.058	1.058*
Bayern	1.134	1.182	1.328	1.364
Berlin	276	276	269	269
Brandenburg	214	212	220	225
Bremen	64	64	73	76
Hamburg	149	149	154	156
Hessen	528	558	555	594
Mecklenburg-Vorpommern	187	185	180	185
Niedersachsen	1.097	1.097	1.116	1.142
Nordrhein-Westfalen	1.639	1.639	1.644	1.647
Rheinland-Pfalz	353	358	386	386*
Saarland	109	109	112	115
Sachsen	365	373	384	406
Sachsen-Anhalt	236	240	246	253
Schleswig-Holstein	500	532	606	585
Thüringen	185	188	191	196
Insgesamt	**7.976**	**8.102**	**8.522**	**8.657**

* Stand: 1. Juli 2000

Quelle: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit; sowie Zusammenstellung des Deutschen Bundestages; zitiert nach Deutsches Bundestag (2001).

(34,9 %) und knapp ein Zehntel von öffentlichen Träger (8,5 %). Während private Träger eher kleine stationäre Einrichtungen betreiben (fast zwei Drittel der privat betriebenen Einrichtungen haben unter 50 Pflegeplätze), betreiben frei-gemeinnützige und öffentliche Träger in stärkerem Maße große Einrichtungen (etwa ein Viertel der Einrichtungen frei-gemeinnütziger Träger haben über 100 Plätze). In den vergangenen Jahren hat die Zahl privat betriebener Einrichtungen zugenommen, offenbar zu Ungunsten kommunaler bzw. öffentlicher Träger. Die Heimträger bieten nicht nur die traditionelle vollstationäre Versorgung an. Ein Viertel (24 %) bieten auch andere Wohnformen für alte Menschen an (Altenwohnheim, Betreutes Wohnen), 5 % haben einen eigenen ambulanten Pflegedienst.

4.6.3.2 Personal

Die Hauptaufgabe von Altenpflegeheimen besteht darin, einen Lebensort zu bieten, der auch bei Pflegebedürftigkeit durch die entsprechende Unterstützung ein Leben in Würde ermöglicht. Um diese Aufgabe angemessen erfüllen zu können, müssen die Einrichtungen fachlich qualifizierte Pflegepersonen beschäftigen, aber auch weitere Gesundheits- und Sozialfachpersonen in die Betreuung und Pflege einzubeziehen. Im Kurzbericht der Pflegestatistik 1999 (Statistisches Bundesamt 2001e) ist das in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Personal nach Berufsabschluss in Altenpflegeheimen differenziert aufgeführt (siehe Tabelle 4-27).

Tabelle 4-26

Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Zahl der Plätze, 1999

Plätze	Stationäre Pflegeeinrichtungen				Gesamtzahl stationärer Pflege-einrichtungen
	privater Träger	freigemein-nütziger Träger	öffentlicher Träger	Insgesamt	
	%				Anzahl
1–20	*29,4*	*13,6*	*8,8*	*18,7*	1.656
21–50	*36,8*	*21,9*	*25,7*	*27,4*	2.429
51–100	*23,2*	*41,2*	*35,7*	*34,5*	3.054
101 und mehr	*10,6*	*23,3*	*29,7*	*19,4*	1.720
Zusammen	100	100	100	100	
(Anzahl)	(3.092)	(5.017)	(750)	(8.859)	8.859

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 14.

Tabelle 4-27

Berufsabschlüsse des in Altenpflegeheimen tätigen Personals

	Anzahl	Anteile
Pflegefachkraft (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege)	133.886	*30,4 %*
staatl. anerkannte (Alten-/Krankenpflege-)Helferin/Helfer	33.782	*7,7 %*
Pflegewissenschaftlicher Abschluss an FH oder Univ.	808	*0,2 %*
Heilerziehungspflegerin, Heilpädagogin	1.881	*0,4 %*
Ergotherapeutin/-therapeut	2.733	*0,6 %*
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Abschluss	5.349	*1,2 %*
sonstiger pflegerischer oder sozialer Beruf (mit Abschluss)	27.765	*6,3 %*
hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	21.059	*4,8 %*
sonstiger Berufsabschluss	107.528	*24,4 %*
ohne Berufsabschluss/in Ausbildung	106.149	*24,1 %*
Insgesamt	440.940	*100 %*

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: Pflegestatistik 1999.

Insgesamt arbeiten über 440 000 Personen in Voll- oder Teilzeit in stationären Pflegeeinrichtungen. Von allen Beschäftigten sind 30 % Pflegefachpersonen. Etwa ein Viertel aller Beschäftigten hat einen Berufsabschluss, der nicht zu den Gesundheits- oder Sozialberufen zu rechnen ist, ebenfalls ein Viertel aller Beschäftigten arbeitet ohne Berufsabschluss oder während der Ausbildung in einem Altenpflegeheim. Minimal ist der Anteil der so genannten therapeutischen Berufe, der der Physiotherapie und der Logotherapie erscheint überhaupt nicht. Aus Tabelle 4-27 sind die Vollzeitäquivalente nicht ersichtlich. Von allen Beschäftigten in stationären Pflegereinrichtungen arbeiten 62,1 % in Vollzeit. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten schwankt dabei je nach Berufsgruppe zwischen 69 % (staatliche anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger) und 37 % (die kleine Gruppe der Familienpflegerinnen; Schneekloth & Müller 2000). Bezogen auf Vollzeitäquivalente ist der Anteil der Pflegefachkräfte also höher als der Anteil dieser Berufsgruppe an Vollzeitstellen (30 %).

Im Hinblick auf die Heimpersonalverordnung, nach der in Pflegeheimen mindestens 50 % des in der Pflege beschäftigten Personals qualifizierte Fachpersonen sein müssen, bedarf die Qualifikationsstruktur besonderer Aufmerksamkeit. Zur Fachkraftquote ist nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch anderes Fachpersonal in der Betreuung zu zählen. Untersuchungen zufolge erreichen keineswegs alle Einrichtungen die angestrebte Fachkraftquote von 50 % (Schneekloth & Müller 2000): Nur 62 % der Einrichtungen erreichen die Quote, 11 % der Einrichtungen beschäftigen weniger als 40 % Fachkräfte. Im Durchschnitt aller Einrichtungen ergibt sich allerdings eine Fachkraftquote von 52,8 %. Betrachtet man nur das Pflegepersonal, so liegt die Fachkraftquote 1998 bei 48 % (Schneekloth & Müller 2000), der WidO-Untersuchung nach im Jahr 1997 sogar nur bei 38 % (Gerste & Rehbein 1998).

Diese – vielleicht im Detail variierenden Daten – lassen aber die Aussage zu, dass die Fachkraftquote keineswegs in allen Einrichtungen erreicht wird. Das wichtigste Fachpersonal im Altenpflegeheim sind die Pflegefachpersonen, alle anderen Fachkräfte im Altenpflegeheimbereich sind quantitativ marginal, einige Berufe, die für rehabilitierende Maßnahmen wichtig wären, werden überhaupt nicht genannt. Diese Aussage muss vor der später (Kapitel 4.6.5 und 4.6.6) noch ausführlicher besprochenen Pflegequalität betrachtet werden, deren Probleme angesichts der Personalsituation nahe liegend erscheinen. Insbesondere findet sich in dieser Personalstruktur keinerlei Hinweis darauf, wie Pflegende bei den Aufgaben zur Förderung von Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gestützt werden.

Ein weiteres Problem ist die ärztliche Versorgung in den Altenpflegeheimen, wobei die Bewohnerinnen und Bewohner das Recht der freien Arztwahl haben und jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner den eigenen Hausarzt weiterhin konsultieren kann. Dies war zu Zeiten weniger pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner sinnvoll, hat aber im Zuge der veränderten Bewohnerstruktur verschiedene negative Konsequenzen. Je mehr Ärztinnen und Ärzte in einem einzelnen Heim die Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, desto geringer ist die Chance einer gelungenen Kommunikation zwischen den jeweiligen Ärzten und dem ständig zuständigen Pflegepersonal. Nachts und an Wochenenden muss der notärztliche Dienst gerufen werden. Eine Folge davon sind häufige, zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen.

Aus diesen Gründen ist zu erwägen, den Altenpflegeheimen feste Heimärzte zuzuordnen. Als Kompromisslösung ist vorstellbar, dass eine Praxis an ein Heim angeschlossen ist und den Bewohnerinnen und Bewohnern eine ärztliche Versorgung dadurch angeboten wird. Eine vertragliche Anbindung einer für ein Heim zuständigen Ärztin bzw. Arztes ist dann zu empfehlen, wenn sichergestellt werden kann, dass ein Altenpflegeheim nicht zu einer geriatrischen Klinik mutiert, d. h. wenn die ärztliche Leistung ebenso wie die Leistung von Rehabiliationsberufen zur Versorgung hinzugezogen wird und die Versorgung nicht dadurch dominiert wird.

4.6.3.3 Inanspruchnahme

In den in Deutschland 1999 vorhandenen 8 859 Pflegeheimen wurden 645 456 Plätze vorgehalten (Bundesministerium für Gesundheit 2001: 15). Bei der Beschreibung der Bewohnerstrukturen muß teilweise auf sozialwissenschaftliche Untersuchungen zurückgegegriffen werden (siehe Tabelle 4-28, Seite 234). Die Geschlechtsverteilung der Bewohnerinnen und Bewohner ist seit Einführung der Pflegeversicherung nicht verändert (Schneekloth & Müller 2000). Die hessischen Daten zeigen eine Zunahme des Anteils der über 90-Jährigen. Der Anteil der Männer ist in den Heimen deutlich geringer als in der häuslichen Pflege, was sicher darauf zurückzuführen ist, dass die Männer eher von ihren (jüngeren) Frauen zu Hause gepflegt werden, während die später allein lebenden Frauen eher in ein Heim umziehen werden. Fast jede fünfte Bewohnerin bzw. Bewohner ist mindestens 90 Jahre alt. Nach den oben genannten Untersuchungen beträgt der Anteil der über 80-Jährigen Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen 66 % bzw. 67 %. Im Jahr 1998 wohnten fast die Hälfte aller Bewohnerinnen und Bewohner mindestens drei Jahre in einem Heim, 20 % sogar mindestens sieben Jahre (Schneekloth & Müller 2000). Das bedeutet, dass das gelingende Leben in einem Heim als ein Ziel der Betreuung nach wie vor einen hohen Wert haben muss.

4.6.3.4 Arbeitsbedingungen

Im Gegensatz zur Situation der ambulanten Pflege gibt es zahlreiche Forschungsarbeiten zu Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege. Diese Studien zeigen für die empfundenen Arbeitsbedingungen und Belastungen Pflegender immer wieder ein ähnliches Bild (zusammenfassend dazu Zimber et al. 1999): Ausgeprägte körperliche und psychische Belastungen, hoher Zeitdruck, die Zuständigkeit für eine als zu groß empfundene Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern und zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung. Aufstiegs-, Karriere- und Qualifikationsmöglichkeiten werden als mangelhaft angesehen, das allgemeine Ansehen der Altenpflege als Beruf wird als zu gering emp-

Tabelle 4-28

Angaben zur Bewohnerstruktur in Pflegeheimen aus verschiedenen Untersuchungen, 1994 bis 1999

Merkmal	Deutschland 1994 (Schneekloth & Müller 2000)	Deutschland 1998 (Schneekloth & Müller 2000)	Hessen 1996 (Bartholomeyczik et al. 1998)		Hessen Dezember 1999 (Hessisches Statistisches Landesamt 2001)	
	in % der Bewohner (in Klammern: Frauenanteil)					
Geschlecht:						
männlich	*21*	*21*	*21*		*21*	
weiblich	*79*	*79*	*79*		*79*	
Alter (in Jahren):						
unter 60	*6*	*7*	*6*[1]	*(42)*	*4*	*(41)*
60 bis 74	*18*	*17*	*18*	*(65)*	*14*	*(56)*
75 bis 89	*59*	*57*	*61*	*(82)*	*58*	*(83)*
90 und älter	*17*	*19*	*16*	*(87)*	*24*	*(89)*
Pflegestufe:						
0		*17*	*20*	*(73)*		*3*[2]
1		*23*	*17*	*(75)*	*28*	*(77)*
2		*37*	*27*	*(78)*	*41*	*(80)*
3		*23*	*35*	*(81)*	*29*	*(80)*

1 Die Altersaufteilung der 1996 Hessen-Daten verschiebt sich um ein Jahr: bis inkl. 60 J., 61 bis 75, 76 bis 90 J., > 90 J.

2 Die Prozentverteilung auf die Pflegestufen ist mit den beiden anderen Studien nicht vergleichbar, da es sich bei den Personen der Pflegestufe 0 hier um Leistungsempfänger der Pflegeversicherung handelt, deren Zuordnung zu einer Pflegestufe noch nicht entschieden ist, während in den beiden anderen Spalten (Deutchland 1998 und Hessen 1996) Pflegestufe 0 bedeutet, dass die Pflegeheimbewohner keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Quelle: eigene Zusammenstellung aus Schneekloth & Müller 2000, Bartholomeyczik et al. 1998 und Hessisches Statistisches Landesamt 2001.

funden. Geringe Partizipationsmöglichkeiten sind mit einem ausgeprägten hierarchischen Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungsmomente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9 % abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein eklatanter Personalmangel in der Altenpflege zu verzeichnen ist. Statt die gewünschte Anhebung der Fachkraftquote zu realisieren, können die Heimleitungen frei gewordene Stellen oft nicht wieder besetzen. Hier droht ein negativer Effekt wirksam zu werden: Die überlasteten Pflegefachkräfte verlassen so schnell wie möglich die Altenpflegeheime, neue sind kaum einzustellen, und daher wird die Arbeitssituation für die Verbliebenen noch schwieriger. Die Überprüfung des Altenpflegegesetzes durch das Bundesverfassungsgericht verschärft die negative Situation zusätzlich. Der Personalnotstand wird unter bleibenden Bedingungen nicht auf Altenpflegeheime beschränkt bleiben. Die häufig zitierten Qualitätsmängel in den Heimen müssen auch vor diesem Hintergrund gesehen werden. Hier sind neue Konzepte gefragt, die Wohnstrukturen, Personalstrukturen und Bildungsstrukturen betreffen.

4.6.3.5 Spezielle stationäre Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke

Eine adäquate Betreuung demenziell erkrankter Menschen kann nur durch Anpassung der räumlichen und sozialen Umgebung (des Milieus) an die – sich unterschiedlich schnell verändernden – Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite der Kranken erreicht werden. Benötigt wird somit nicht eine Wohn- und Versorgungsform, in der die Kranken aller Schweregrade bis zu ihrem Tod verbleiben, sondern ein Kontinuum der Betreuungsangebote von der Unterstützung der leicht Demenzkranken durch informelle und/oder professionelle Helfer in der Häuslichkeit bis zu spezialisierten stationären Einrichtungen für schwer Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und besondere Pflegebereiche für bettlägerige, schwerst demenzkranke Menschen. Solche informellen und professionellen Hilfs- und Betreuungsangebote müssen miteinander vernetzt sein und der Krankheitssymptomatik,

der sozialen Situation der Betroffenen, ihren Kompetenzen und den Erwartungen der pflegenden Personen entsprechen. Eine Veränderung der Umgebung und der Betreuungsart ist nur dann sinnvoll (und gerechtfertigt), wenn die Kranken und/oder ihre Betreuerinnen und Betreuer unter der aktuellen Situation leiden, angemessene Lebensqualität nicht mehr gewährleistet werden kann und bessere Alternativen zur Verfügung stehen.

Zahlreiche Erfahrungen zeigen, dass (entgegen häufigen Vorbehalten) Demenzkranke unabhängig von ihrem Alter auf neue Umgebung dann positiv reagieren, wenn sie ihren Bedürfnissen besser entspricht, als die bisherige Versorgungsform. Eine zweiwöchige Behandlung in einem spezialisierten gerontopsychiatrischen Krankenhaus verbessert zwar nicht die Verhaltensstörungen oder praktische Fähigkeiten der Demenzkranken, führt jedoch nicht zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen, der Stimmung oder des körperlichen Zustands der Betroffenen. Für die betreuenden Angehörigen bedeutet sie dagegen eine erhebliche vorübergehende Entlastung (Adler, G. et al. 1993). Die Verlegung Demenzkranker in eine Wohngruppe führt vorübergehend zu einer deutlichen Abnahme paranoider Störungen, depressiver Symptomatik, psychomotorischer Unruhe und Ängstlichkeit, einer Verbesserung der räumlichen Orientierung und Einschränkung der Behandlung mit sedierenden Psychopharmaka (Annerstedt et al. 1993). Nur wenn die Verlegung schlecht vorbereitet ist und zu einem plötzlichen Abbruch der bisherigen Pflege- und Betreuungsroutinen und der Kontakte zu Angehörigen und anderen Bezugspersonen führt, kann in den ersten sechs Monaten das Mortalitätsrisiko ansteigen (Skea & Lindesay 1996). Verlegung innerhalb von verschiedenen stationären Einrichtungen ist nur dann mit einer erhöhten Mortalität verbunden, wenn die neue Umgebung durch ihre Fremdheit, Unruhe und heterogene Patientengruppe zu einer starken Stressbelastung für die Demenzkranken wird und der Umzug nicht ausreichend vorbereitet wird (Robertson et al. 1993, McAuslane & Sperlinger 1994).

Als stationäre Einrichtung für Demenzkranke wird eine Institution für fünf oder mehr pflegebedürftige Menschen definiert, die 24 Stunden am Tage von bezahlten professionellen Betreuern über längere Zeitperioden bzw. dauerhaft versorgt werden (Jackson 1999). Gute stationäre Betreuung muss, unabhängig von der Größe und Organisationsform, personenzentriert sein und in einer sozialen und materiellen Umgebung erfolgen, die Bedürfnissen der Kranken, ihrer Angehörigen und der Betreuenden entspricht, kosteneffektiv ist und sich auf definierte und überprüfbare Konzepte und Qualitätskriterien stützt. Zu den notwendigen Standards gehören ein multiprofessionelles Assessement vor bzw. bei der Aufnahme sowie eine individuelle Pflegeplanung, die sich auf die Informationen über die Lebensgeschichte der Betroffenen, ihre Vorlieben und Abneigungen vor und nach dem Ausbruch der Erkrankung, bevorzugte Aktivitäten, bedeutende Personen und Ereignisse, Religiosität, Sexualität, kulturelle Erwartungen, optimale Diät, notwendige Medikation u. v. a. stützt.

Zu grundsätzlichen Werten, die für schwerst Demenzkranke wie grundsätzlich für alle Pflegebedürftigen gelten und soweit wie möglich realisiert werden sollen, gehören: Würde, Intimität, Selbstwertgefühl und Recht auf Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit und Entscheidungsmöglichkeiten. Der Betroffene muss entscheiden können, an welchen Aktivitäten er sich beteiligen will, um ein möglichst erfülltes und normales, selbstbestimmtes Leben zu führen. Dazu gehören vor allem vertraute, alltägliche Tätigkeiten, Möglichkeit zur freien Bewegung außerhalb des Wohnbereiches, Auswahl und evtl. Zubereitung von Speisen und Getränken sowie möglichst individuelle Gestaltung der Tagesstruktur. Eine gute stationäre Betreuung soll Wahrnehmung und Orientierung maximieren, Sicherheit und Schutz gewährleisten, Intimität ermöglichen, stimulierend wirken und Kontrolle der Reizmenge und Qualität der Reize ermöglichen, verbliebene Fähigkeiten fördern, Unabhängigkeit unterstützen und Kontinuität des Selbst gewährleisten (Lawton et al. 2000).

Zu einigen Formen stationärer Betreuung Demenzkranker liegen umfangreiche Erfahrungsberichte und empirische Studien vor, die erlauben, abhängig vom Schweregrad der kognitiven Störungen und von Beeinträchtigungen der alltäglichen Fähigkeiten und Handlungsabläufe, die geeignete Art der Versorgung vorzuschlagen. Erfahrungen aus schwedischen und englischen stationären Einrichtungen für Demenzkranke sprechen für die Betreuung in möglichst homogenen Gruppen und deuten auf die Notwendigkeit der Anpassung der Versorgungsform dem jeweiligen Krankheitsstadium hin (Annerstedt et al. 1996).

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen (Assisted Living – AL) für Demenzkranke kann als Übergang zur stationären Langzeitversorgung betrachtet werden. Die Betroffenen leben in eigenen Appartements und werden auf Wunsch bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen durch ambulante Dienste unterstützt. In den USA gab es 1997 21 000 Einrichtungen dieser Art mit über einer Million Plätzen. Etwa 90 % dieser Einrichtungen hatten zehn oder weniger Plätze. Nach konservativen Schätzungen leidet mindestens die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner an einer Demenz (US General Accounting Office 1997). Bei den meisten von ihnen entwickelt sie sich während des Aufenthaltes in der Einrichtung und es wird versucht, durch geeignete Maßnahmen ein weiteres Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, die Institutionalisierung (und die mit ihr verbundenen höheren Kosten) hinauszuzögern, was besondere Anforderungen an die materielle und personelle Ausstattung stellt. Dazu gehören entsprechend ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Unterstützung durch Angehörige, ausreichende Zahl und Größe der Gemeinschaftsräume für möglichst uneingeschränkte Bewegung und geeignete Beschäftigungsangebote. Verlegung in Einrichtungen mit intensiverer Betreuung wird besonders beim Auftreten depressiver Symptomatik, ausgeprägtem Bewegungsdrang mit Fortlauftendenzen und häufigeren Stürzen unumgänglich (Kopetz et al. 2000). Aufnahmen direkt aus der Wohnung bei Zunahme kognitiver Störungen, Desorientierung, Abhängigkeit von fremder Unterstützung, Bewegungsdrang und aggressiven Handlungen, gehören zu den Ausnahmen.

Die Lebensqualität der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen des Betreuten Wohnens hängt entscheidend vom individuellen Betreuungsansatz und der Übereinstimmung zwischen den persönlichen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und entsprechenden Angeboten der Einrichtung ab (Ball et al. 2000). Sehr wichtig sind vor allem das Niveau der täglichen Aktivitäten (Inaktivität fördert sozialen Rückzug und Desinteresse und schränkt das Wohlbefinden ein) und sachgerechte Verordnung von Psychopharmaka (Ballard et al. 2001).

Wohngruppen

Wohngruppen (Group Living Facilities – GL) sind Mitte der 80er-Jahre u. a. in Schweden entstanden. Sie wurden für Demenzkranke, die noch kommunizieren können, keine schweren Verhaltensstörungen zeigen, in eine Gruppe integriert werden können und nur auf ambulante pflegerische Unterstützung bei der Grundpflege angewiesen sind, entwickelt. Die Wohngruppen erlauben soziale Kontakte und Teilnahme an gemeinsamen alltäglichen Aktivitäten in einer häuslichen Atmosphäre und mit Unterstützung durch erfahrene Betreuer, die Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Die typische Wohngruppe befindet sich in einem normalen Wohngebäude und zählt sechs bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohner, die in ihrem eigenen Schlaf- und Wohnbereich leben und gemeinsame Räume wie Wohnraum, Speiseraum, Küche und Waschraum benutzen können (wo sie auch die meiste Zeit des Tages verbringen). Jede Einheit wird von einer entsprechend ausgebildeten Mitarbeiterin geleitet, die am Tage von zwei bis drei Mitarbeitern unterstützt wird. Die Versorgung bei somatischen Erkrankungen übernehmen ambulante Dienste (Annerstedt et al. 1996). Die Betreuung in einer Wohngruppe bleibt zwar ohne Einfluss auf die kognitiven Störungen der Betroffenen, verbessert jedoch nach Ansicht der Angehörigen und des Personals das Wohlbefinden und das Verhalten der Kranken. Die Verhaltensstörungen wie Aggressivität, anhaltendes Schreien oder Gefährdung der Mitbewohner und/oder der Betreuenden sowie hoher Bedarf an grundpflegerischer Versorgung sind die häufigsten Gründe für Verlegungen in andere stationäre Einrichtungen (Wimo et al. 1995).

Cantou

„Cantou“ nennen sich in Frankreich inzwischen zahlreiche Einrichtungen mit wohngruppenähnlichem Charakter (ca. 150 Einrichtungen dieser Art wurden 1999 gezählt; Radzey et al. 1999).Es handelt sich um wohngruppenähnliche Strukturen mit einer kleinen Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern (in der Regel ca. 12 Personen). Nach dem Begründer des ersten „Cantou“, Georges Caussanel, handelt es sich um ein gemeinschaftsorientiertes Konzept, in dem alle Aktivitäten in der Gruppe stattfinden (Fondation de France 1993). Innerhalb größerer Einrichtungen werden dementsprechend kleine Gruppen gebildet, die nach zwei Grundprinzipen arbeiten, die sich auch im Betreuungskonzept und im baulichen Konzept wiederfinden:

– Subsidiarität – Jeder Bewohner und jede Bewohnerin bekommt nur soviel Hilfe durch die Institution, wie er/sie tatsächlich benötigt. Ziel ist die weit gehende Autonomie der Bewohnerschaft.
– Gemeinschaftlichkeit – Das Cantou wird durch die Gemeinschaft von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Probleme werden daher soweit wie möglich gemeinschaftlich gelöst, und Entscheidungen werden gemeinschaftlich gefällt.

Es wird davon ausgegangen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner Personen mit Behinderungen sind, keine Kranken. Nach Auffassung von Caussanel bewirkt die Orientierung im Hinblick auf medizinische Diagnosen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sehr schnell mit Etiketten belegt werden und dadurch das Verhalten Ihnen gegenüber negativ beeinflusst wird. Der in Heimen häufig fehlende Bezug zu den „normalen“ Anforderungen des täglichen Lebens wird von Caussanel als Kardinalfehler der professionellen Pflege angesehen. Dies soll durch das möglichst „normale“ Leben in der Gruppe vermieden werden, das zu einem hohen Anteil auch durch die mitwirkenden Angehörigen geprägt wird. Der ständige Einbezug der Angehörigen, die zum Teil mehrere Stunden am Tag im Cantou anwesend sind, stellt ein grundlegendes Element des Cantou-Konzepts dar (Jani-Le Bris 1995). Anders als in den meisten anderen Wohngruppen werden die Kranken bei Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustands nicht in andere Einrichtungen verlegt und verbleiben im Cantou bis zu ihrem Tode.

In Deutschland existieren bereits mehrere Wohngemeinschaften, die ähnlich den Wohngruppen (GL’s) gestaltet sind. Dazu gehören z. B. Wohngemeinschaften in Berlin, in Braunschweig und in Münster (Pawletko 2001). Cantou ähnliche Einrichtungen sind in Freiburg und Hamburg geplant.

Betreuung in Pflegeheimen

Etwa 40 % mittelschwer und schwer demenzkranke Menschen mit einem hohen Bedarf an grundpflegerischen Maßnahmen werden in Pflegeheimen betreut. Obwohl die meisten von ihnen in normalen Pflegebereichen gut integriert sind, entstehen im Laufe der Zeit durch inadäquate Reize, Mangel an demenzgerechter Kommunikation und Fehlen von kompetenzfördernden Aktivitäten z. T. ausgeprägte Antriebs- und/oder Verhaltensstörungen (Rovner & Katz 1993). Um solcher Entwicklung vorzubeugen, sind besondere Betreuungsangebote im Rahmen des Pflegebereichs notwendig (Sixsmith et al. 1993). Diese Form der Versorgung bezeichnet man als integrative Betreuung. Darunter wird „eine Begleitung und Betreuung (d. h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Dementen in einer teilintegrierten Versorgung, die in die stationäre „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung eingebettet ist, verstanden. „Der/die Demente bleibt in seinem gewohnten Umfeld wohnen und verbringt einen großen Teil des Tages in dem besonderen Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich. Alle pflegerischen Maßnahmen werden dem Demenzkranken verständlich angeboten und mit seinem Einverständnis

möglichst stressfrei für ihn durchgeführt“ (Cappell 2000). Obwohl integrative Betreuung bereits Anfang der 80er-Jahre in Deutschland eingeführt wurde, gibt es nur wenige Untersuchungen, die eine Beurteilung dieser Versorgungsform ermöglichen (Weyerer et al. 2000a).

Special Care Units (USA)

Für Demenzkranke mit einem erhöhten Betreuungsbedarf, die in traditionellen Pflegeeinrichtungen nicht adäquat versorgt werden können (und in Wohngruppen nicht integriert werden können), entstanden in den USA in den 80er Jahren sogenannte Special Care Units (SCU). Bereits 1996 gab es mehr als 100 000 Plätze in solchen Einrichtungen, d. h. etwa 7 % aller Pflegebetten in USA (Leon et al. 1997). Das Fehlen einer verbindlichen Definition führt dazu, dass bereits etliche Einrichtungen, die Demenzkranke vom Rest der Pflegebedürftigen separieren, sich als SCU bezeichnen. Grundsätzlich jedoch wird von SCU erwartet, dass sie räumlich eine eigenständige Einheit bilden, architektonisch den Besonderheiten der Demenz angepasst sind, spezifische Aufnahme- und Verlegungsvoraussetzungen definieren, über eigene fachliche Leitung und ein besonders ausgebildetes, multiprofessionelles Betreuungsteam verfügen und nach einem geeigneten Konzept arbeiten (Leon et al. 1997). Langzeitstudien zeigen, dass (ähnlich den Wohngruppen) besondere Betreuung Demenzkranker in SCU den Abbau kognitiver Leistungen nicht verhindern oder verlangsamen kann, die Betroffenen bleiben jedoch im Vergleich mit den Pflegeheimbewohnern mobiler, was mit einer Verbesserung der Lebensqualität verbunden ist (Saxton et al. 1998). Die positiven Affekte bleiben länger erhalten und die Kranken nehmen aktiv am Gemeinschaftsleben teil (Lawton et al. 1998; Reed-Danahay 2001). Die Angehörigen von Demenzkranken in SCU berichten signifikant häufiger als Angehörige von Kranken mit einer herkömmlichen Versorgungsform von positiven Veränderungen der Stimmung und der sozialen Aktivitäten durch die besondere Betreuung (Kutner et al. 1999). Besonders wirksam scheinen bessere Ausstattung mit gut ausgebildetem Personal, Beteiligung von Therapeutinnen und Therapeuten (Musik- und Ergotherapeuten) und Aktivitäten in kleinen Gruppen zu sein (Martichuski et al. 1996).

Domus-Einheiten (England)

In englischen Domus-Einheiten werden zwölf bis 32 Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und institutionellem Versorgungsbedarf segregativ betreut. Im Gegensatz zu den SCU verbleiben die Kranken dort bis zum Lebensende. Die Bedürfnisse der Betreuenden werden genauso ernst genommen wie die der Betreuten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ihre Arbeit flexibel gestalten, werden fachlich intensiv unterstützt (Supervision) und sind an allen wichtigen Entscheidungen beteiligt. Die Erfüllung psychischer und emotionaler Bedürfnisse der Demenzkranken sowie die Förderung verbliebener Kompetenzen ist wichtiger als die physischen und organisatorischen Aspekte der pflegerischen Versorgung (Lindesay et al. 1991). Die Demenzkranken in Domus-Einheiten haben mehr Kontakte zu Mitbewohnern und zum Personal, sind selbstständiger und zeichnen sich durch höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit aus als Vergleichsgruppen im Krankenhaus. Eine vermehrte Aggressivität wird als Ausdruck eines erhaltenen Selbstwertgefühls interpretiert. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist höher, die Fluktuation geringer als in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen (Lindesay et al. 1991). In Deutschland existieren bereits zahlreiche Einrichtungen, die nach dem Domus- oder Special Care Units-Modell aufgebaut sind. In Hamburg gibt es etwa 30 solcher Einheiten mit 750 Plätzen. Von den ausgezeichneten Einrichtungen in anderen Bundesländern können Haus Schwansen in Rieseby, Haus Am Bendstich in Meisenheim und das Seniorenpflegeheim Polle als Beispiele genannt werden.

„Hausgemeinschaften“ – Zur Typologie einer neuen Wohn- und Lebensform für Pflegebedürftige

Als Alternative zu konventionellen anstaltsähnlichen Altenpflegeheimen gewinnen Hausgemeinschaften – vor allem auch als vollstationäre pflegesatzfinanzierte Einrichtungen – in Deutschland immer mehr an Bedeutung (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1997). Hausgemeinschaften stehen für eine Abkehr vom institutionalisierten, vordergründig auf Pflegequalität ausgerichteten Modell und für eine Hinwendung zu einem an mehr Lebensqualität orientierten Normalitäts-Prinzip. Zugunsten einer weitgehenden Autarkie in Einzelhaushalten mit maximal acht Personen und einer dezentralisierten Hauswirtschaft sind hier alle heimtypischen zentralen Versorgungseinrichtungen und Entsorgungseinrichtungen bzw. -dienste (Zentralküche, zentrale Wäscheversorgung, Heim- und Hauswirtschaftsleitung, Hausmeisterzentrale etc.) abgeschafft. So genannte Präsenzkräfte (z. B. Hauswirtschafterinnen) übernehmen die Funktion von Alltagsmanagern und beziehen dabei Angehörige mit ein. In Hausgemeinschaften sind deshalb Hierarchien und institutionalisierte Einrichtungen und Dienste weitgehend abgebaut. Normalität, Vertrautheit und Geborgenheit bestimmen den Alltag. So entsteht vielfach für pflegebedürftige – und insbesondere auch für desorientierte – Bewohnerinnen und Bewohner mehr Lebensqualität und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr Arbeitszufriedenheit. Jeder Bewohner hat innerhalb der Hausgemeinschaft ein eigenes Zimmer, idealer Weise mit direkt zugeordnetem eigenen Duschbad und WC. Als Wohn- und Schlafraum mit vertrautem eigenem Mobiliar bietet dieser Privatbereich jedem einzelnen älteren Menschen die für ihn wichtigen Rückzugsmöglichkeiten (Winter et al. 2000).

Die Zimmer umschließen einen Gemeinschaftsbereich, möglichst mit direkt angrenzendem geschütztem Garten, Terrasse oder Balkon. Herzstück des Gemeinschaftsbereiches ist eine geräumige, gemütlich eingerichtete, für die Bewältigung der gesamten Haushaltsführung voll funktionsfähige Küche mit einem Herd als stimulierendem Zentrum. Von der baulichen Seite her haben die Hausgemeinschaften die Kostenrichtwerte und Flächenparameter des Pflegeheimbaus zum Maßstab. Die Organisation des Haushaltes sowie die unmittelbare Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner einer Hausgemeinschaft übernimmt

tagsüber wechselweise jeweils eine feste Bezugsperson, die ein hohes Maß an persönlicher und sozialer Kompetenz mitbringen muss: Diese so genannte Präsenzkraft oder Alltagsmanagerin – z. B. eine geprüfte Fachhauswirtschafterin – hilft den älteren Menschen unter anderem beim Anziehen oder beim Anlegen von Verbänden, bei der Zubereitung der Mahlzeiten, beim Spülen oder Wäschewaschen. Sie unterstützt sie aber auch bei der Herstellung und Pflege von Kontakten zu Mitbewohnern, Angehörigen, Ärzten oder Pflegefachkräften. Weiter gehende Pflegeleistungen werden je nach individuellem Bedarf von Fachkräften eines hausinternen oder auch externen ambulanten Pflegedienstes erbracht. Der Nachtdienst bzw. die Nachtbereitschaft ist – wie in jedem Pflegeheim – mit einer Pflegefachkraft besetzt.

Nach einer Machbarkeitsstudie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sind für eine als durchschnittlich angenommene achtköpfige Hausgemeinschaft sechs bis sieben Vollzeitstellen einzurichten, jeweils grob zur Hälfte verteilt auf Präsenzkräfte (bei einer täglichen Besetzungszeit von 14 Stunden) und auf Pflegefachkräfte. Jede Hausgemeinschaft ist so im Prinzip auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine in sich funktionsfähige Einheit mit hohem Leistungsstandard. Durch die ständige Anwesenheit der Präsenzkräfte von morgens bis abends und durch die zeitweise Zuschaltung von Pflegekräften steht pro Bewohnerin bzw. Bewohner in Hausgemeinschaften wesentlich mehr Zeit für die Betreuung und Pflege zur Verfügung als in konventionellen Pflegeheimen. Zur besseren Regelung der verbleibenden Verwaltungsaufgaben und des Nachtdienstes können mehrere Hausgemeinschaften zu kleineren Ensembles (vorzugsweise mit drei oder vier Hausgemeinschaften) zusammengefasst werden. Neben dem oben beschriebenen vollstationären Hausgemeinschafts-Grundtyp gibt es in der Praxis auch Varianten: die Hausgemeinschaften M (Mieterstatus der Bewohner) sowie die Hausgemeinschaften Wb (wohnbereichsorientierter Typ). Auch die Hausgemeinschaft Wb ist ein vollstationärer Typ und unterliegt damit – wie der Grundtyp – dem Heimrecht. In diesem wohnbereichsorientierten Typ ist unter Beibehaltung der meisten Merkmale des Grundtyps die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner aber deutlich höher. Hier wird die Zahl der – meist um die 24 – Plätze in Wohnbereichen herkömmlicher Pflegeheime halbiert, sodass in der Regel eine Gruppengröße von etwa zwölf Personen entsteht. Dieser Typus Hausgemeinschaft Wb gewinnt gerade bei den anstehenden Sanierungen von Heimen älterer Bauart, deren Bausubstanz oft keine schlankeren Lösungen zulässt, zunehmend an Bedeutung. Bei den Hausgemeinschaften M haben die Bewohnerinnen und Bewohner einen Mieterstatus. In einem Wohnhaus werden für die Mieter regelmäßige Serviceleistungen (Betreuung durch Präsenzkräfte und Nachtbereitschaft) erbracht und je nach individuellem Bedarf Pflegedienstleistungen ambulant hinzugeschaltet.

Die mithilfe der KDA entstehenden Wohngruppenhäuser mit z. B. drei familienähnlichen Wohngruppen von jeweils acht Bewohnern, die in Einzelzimmern mit Bad wohnen, in einer großen, offenen Wohnküche den Tag verbringen und sich an Alltagsaktivitäten beteiligen, vereinigen die Vorteile der Wohngruppen und der Spezial Care Units. In den alten Bundesländern wurden bereits 25 Einrichtungen dieser Art realisiert. Das erste Wohngruppenhaus in Ostdeutschland entstand vor kurzem in Brandenburg (Seniorenzentrum Clara Zetkin).

Eine entgültige Beurteilung der vorgestellten Betreuungsformen ist anhand der bisherigen Datenlage noch nicht möglich. Die Versorgungssysteme und Finanzierung unterscheiden sich vom Land zu Land, sodass die Kosten pro Bewohner und Tag wenig aussagekräftig sind. So ist z. B. die Betreuung in den Wohngruppen in Schweden etwa 15 % billiger als ambulante Versorgung und sogar bis zu 40 % billiger als die Betreuung in einem Pflegeheim (Wimo et al. 1991). Die Gesamtkosten in den Wohngemeinschaften in Berlin sind dagegen mit 5 500 bis 6 000 DM (2 812 bis 3 068 Euro) mit den Pflegesätzen in stationären Pflegeeinrichtungen vergleichbar (Pawletko 2001). Die Betreuung in den Domus-Einrichtungen bzw. Special Care Units ist in England und Deutschland um etwa 15 % teuerer als „normale“ Pflegeplätze in stationären Einrichtungen (Beecham et al. 1993, Cappell 2000). Unberücksichtigt bleiben dabei jedoch die Ersparnisse durch seltenere Krankenhauseinweisungen und geringeren Verbrauch von Psychopharmaka und anderer Medikamente aufgrund eines besseren psychischen und physischen Gesundheitszustands der adäquat betreuten Demenzkranken.

Bisherige Erfahrungen, aber auch ein sorgfältiger Vergleich der Versorgungsqualität Demenzkranker in unterschiedlichen Einrichtungen in England, Spanien, Italien und Holland erlauben noch keine gesicherten Aussagen über die optimale Größe der Betreuungseinheiten für Demenzkranke (Jackson 1999). Entscheidend ist die Abkehr von krankenhausähnlichen Strukturen, hin zu kleinen Einheiten mit einer familiären Atmosphäre und normalen, alltäglichen Aktivitäten. Solche Einheiten können innerhalb größerer Wohnbereiche durch entsprechende architektonische Gestaltung der Umgebung und organisatorische Maßnahmen (und somit kostengünstig) realisiert werden. Möglichst hohe Flexibilität einzelner Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke und deren Vernetzung innerhalb einer Einrichtung oder in einer Wohngegend bis zu einem Betreuungskontinuum mit allen notwendigen, den unterschiedlichen Demenzstadien angepassten Angeboten, wird in der Zukunft über die Qualität der stationären Versorgung entscheiden.

4.6.3.6 Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen

Hochaltrigkeit umfasst die letzte Phase des Lebens: Die Gestaltung des Lebensendes ist für die pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen ein besonderes Problem. Für Deutschland ist die Datenbasis für die Untersuchung der Sterbeorte nur schwierig zu rekonstruieren. In den Verzeichnissen der statistischen Ämter Deutschlands wird zwar die Todesursache, nicht aber der Sterbeort verzeichnet. Dieser findet sich nur in den Verzeichnissen der zuständigen Gesundheitsämter. Aus diesem Grund ist die Überprüfung der These, dass Institutionen für die meisten Menschen der Ort des Sterbens sei, für Deutschland kei-

neswegs einfach (es müssen Daten unterschiedlicher Ämter zusammengeführt werden). Für Deutschland liegen fundierte empirische Untersuchungen nur für ausgewählte Regionen in Rheinland-Pfalz vor. Im Jahr 1995 starben in Rheinland-Pfalz etwa 44 % der verstorbenen Personen im Krankenhaus, 13 % im Pflegeheim, 40 % in einer Privatwohnung und 2 % an anderen Orten. Das Lebensalter der sterbenden Person steht mit dem Sterbeort im Zusammenhang: Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit ab, in einem Krankenhaus zu sterben, gleichzeitig erhöht sich die Wahrscheinlichkeit zu Hause oder in einem Pflegeheim zu sterben (Ochsmann et al. 1997).

Als besondere Orte, die den Bedürfnissen Sterbender besser gerecht werden sollen als Akutkrankenhäuser, gelten Hospize. Als Ursprung der Hospizbewegung kann das Jahr 1967 gelten, als in Großbritannien die Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders das erste Hospiz gründete, das St. Christopher's Hospice in London (Saunders, C. et al. 1981). In Deutschland lässt sich seit Beginn der 90er-Jahre eine umfangreichere Hospizbewegung feststellen, zunächst vor allen Dingen mit der Gründung stationärer Hospize, deren erstes bereits 1986 errichtet wurde.

Hospize

Hospize sollen Sterbenden ein Sterben in Würde ermöglichen. Körperliche, soziale, psychische und spirituelle Bedürfnisse Sterbender sollen befriedigt werden. Genannt werden hier vor allem der Wunsch, nicht allein gelassen zu werden, nicht unter Schmerzen leiden zu müssen, letzte Dinge regeln zu können und schließlich, die „Sinnfrage stellen und besprechen zu dürfen“ (Student 1994: 21). Hospize sollen eine Reihe von Erfordnissen erfüllen (Student 1994, Müller, M. 2000). Die Versorgung erstreckt sich auf palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung, wobei sowohl der Sterbende als auch die Angehörigen Adressaten des Hospizdienstes sind. Kontinuität in der Betreuung soll gewährleistet sein. Einem Hospiz-Team gehören mindestens eine Pflegefachperson, eine Sozialarbeiterin und ein Seelsorger an, Ärzte werden konsiliarisch hinzugezogen. Freiwillige Helfer werden in den Hospizdienst einbezogen. Die Leitungspersonen eines Hospizes müssen eine Weiterbildung in Palliativpflege vorweisen. Darüber hinaus müssen Leitungspersonen eine Weiterbildungsmaßnahme für Leistungsfunktionen in der gleichen Art wie verantwortliche Pflegefachkräfte in Pflegediensten und Altenheimen nachweisen. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in palliativer Therapie.

Die Hospiz-Arbeit ist bestimmten ethischen Grundsätzen verpflichtet (Aichmüller-Lietzmann 1998). Der wichtigste Grundsatz lautet, dass sterbende Menschen lebende Menschen sind. Dies bedeutet eine Bejahung des Lebens bis zum Ende; jede Art von Sterbehilfe wird abgelehnt. Betreuungs- und Behandlungsziel ist das größtmögliche körperliche Wohlbefinden, damit die Person möglichst lange bewusst und aktiv am Leben teilnehmen kann und dieses dadurch als lebenswert empfinden kann. Es wird angestrebt, dass die Patientinnen und Patienten die Ziele der Betreuung kennen und über das Ausmaß ihrer Erkrankung informiert sind. Die Hospizarbeit setzt zudem voraus, dass die betreuten Patientinnen und Patienten sich mit einer lindernden, symptomorientierten Pflege und dem Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen einverstanden erklären. Alle Betreuungspersonen sind einem aufrichtigen und wahrhaftigen Umgang mit den von ihnen betreuten Patienten verpflichtet (siehe auch 1.1.5.3, Sterbebegleitung).

Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, wenn eine ambulante Versorgung nicht erbracht werden kann. Normalerweise haben Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen keinen Anspruch auf einen Platz in einem Hospiz.

Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert die Palliativmedizin in Anlehnung an die WHO als Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist (Sabatowski et al. 2000). Palliativmedizinische Stationen haben sich in Deutschland seit 1983 an Akutkrankenhäusern etabliert. Obwohl Hospize und Palliativstationen sich in großen Teilen an die gleiche Klientel richten und im Wesentlichen auch die gleichen Ziele haben, haben sie sich bis vor Kurzem völlig unabhängig voneinander entwickelt. Während einerseits Hospize und Palliativstationen als inhaltlich sehr ähnlich angesehen werden – der Unterschied liege nur in der Struktur: Krankenhaus oder davon unabhängige Organisation –, werden auf anderen Gebieten Unterschiede hervorgehoben: Palliativstationen hätten die erklärte Absicht, Betroffene nach der Einstellung der palliativen Behandlung zu entlassen, während Hospize die Betroffenen üblicherweise bis zu ihrem Lebensende aufnehmen (Prönneke 2000). Strukturell sind Palliativstationen vergleichbar mit anderen Krankenhausstationen, während in Hospizen üblicherweise die medizinische Versorgung durch Hausärzte erfolgt, nur 11 % haben eigenes ärztliches Personal (Müller, M. 2000). Dafür steht in Hospizen die Pflege stärker im Vordergrund.

Ambulante Hospize

Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Dies stößt an nahezu unüberwindbare Grenzen, wenn Betroffene alleine leben, ist aber auch dann kaum zu bewältigen, wenn Sterbende mit Angehörigen zusammenleben. Zur Unterstützung des Sterbeprozesses im häuslichen Bereich gibt es ambulante Hospize bzw. ambulante Hospizgruppen. Ihre Aufgaben bestehen in der Beratung Betroffener zur Sterbebegleitung, aber auch in der direkten Mithilfe im häuslichen Bereich. Diese Hospizgruppen setzen sich vor allem aus ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zusammen, die für diese Aufgabe speziell geschult wurden. Zunehmend werden hier auch Pflegefachpersonen

mit einer Weiterbildung in Palliativpflege eingesetzt. Daneben, manchmal in der Aufgabenstellung abgegrenzt, gibt es ambulante Palliativdienste, die sich vor allem auf die Behandlung von Schmerzen im Zusammenhang mit Tumoren konzentrieren (Müller, M. 2000). Im Rahmen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren vier ambulante und elf stationäre Hospize gefördert (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) unterscheidet vier Formen ambulanter Hospizarbeit: (a) Ambulante Hospizinitiativen und Hospizgruppen widmen sich der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie der Trauerbegleitung. (b) Ambulante Hospizdienste nehmen psychosoziale Beratung, Sterbe- und Trauerbegleitung und Hospizhelfer/innenschulung (im Umfang von 120 Stunden Unterricht) wahr. (c) Ambulante Hospiz- und Beratungsdienste bieten Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen und die Vermittlung weitergehender Hilfen an. (d) Ambulante Hospiz- und Palliativ-Pflegedienste übernehmen palliativ-pflegerische Versorgung, möglicherweise auch Aufgaben der Pflege, sowie die Anleitung von Angehörigen. Außer von ambulanten Hospiz- und Palliativ-Pflegediensten – und von diesen auch nur in Ausnahmefällen – werden keine der Pflegeaufgaben übernommen, die zu den üblichen Aufgaben der Pflegedienste zählen. Hospizdienste verstehen sich subsidiär zu ambulanten Pflegediensten (Müller, M. 2000).

Quantitative Angaben: Die Zahlen über Hospize unterscheiden sich je nach Quelle, deuten aber auf eine starkes Wachstum dieser Einrichtungen in den vergangenen Jahren. Im Jahr 1994 wird die Zahl von Hospizen weltweit auf 2 000 geschätzt, davon etwa 1 700 in den USA, 160 in England und fünf in Deutschland (Student 1994). Für das Jahr 1998 findet sich der Hinweis auf 30 deutsche stationäre Hospize (Rest 1998). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, bei der etwa 80 % aller Hospizeinrichtungen organisiert sind, führte im Mai 1999 eine Erhebung durch. Zu dieser Zeit wurden 60 stationäre Hospize in Deutschland gezählt, 775 ambulante Hospizgruppen oder Initiativen und 39 Palliativstationen. In Tabelle 4-29 sind die von der BAG Hospiz 1999 für die einzelnen Bundesländer ermittelten Zahlen angegeben. Für das Jahr 2000 nennt Sabatowski für Deutschland insgesamt 87 stationäre Hospize, 611 ambulante Hospizgruppen oder Initiativen und 65 Palliativstationen.

Trotz dieser schnellen Entwicklung gilt der Bedarf nach wie vor als nicht gedeckt, die Vernetzung unterschiedlicher stationärer und ambulanter Einrichtungen wird als unzureichend angesehen (Sabatowski et al. 2000). Fortbildungen werden für alle an der Versorgung Beteiligten gefordert, sowohl für die Ehrenamtlichen als auch für die verschiedenen Berufsangehörigen. Viele palliativmedizinische Einrichtungen verstehen sich als Tumorbehandlungsschwerpunkte, viele Patientinnen und Patienten finden also

Tabelle 4-29

Anzahl der Hospize und Palliativstationen in den Bundesländern, 1999

Bundesland	ambulante Dienste (+Initiativen)	Stationäre Hospize	Palliativstationen
Baden-Württemberg	200	7	2
Bayern	70	6	3
Berlin	13	2	3
Brandenburg	3	1	2
Bremen	6	1(?)	1
Hamburg	7	2	1
Hessen	54	3	2
Mecklenburg-Vorpommern	3	1	1
Niedersachsen	68	7	2
NRW	176	24	13
Rheinland-Pfalz	27	2	3
Saarland	7	1	1
Sachsen	8	2	1
Sachsen-Anhalt	1	1	2
Schleswig-Holstein	24	1	1
Thüringen	8	-	1
Gesamt	775	60	39

Quelle: Müller, M. 2000.

keinen Zugang zu ihnen (Müller, E. 2001). Schließlich werden fehlende Forschungsergebnisse für die Wirksamkeit der Behandlung beklagt.

4.6.3.7 Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Situation der stationären Pflegeeinrichtungen erheblich geändert. Die mit der Einführung des SGB XI angestossene Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen, die kürzlich verabschiedeten Gesetzesvorhaben, wie etwa das Pflegequalitätssicherungsgesetz und das Heimgesetz, werden diese Entwicklung noch weiter verstärken. Auf einige der Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung soll an dieser Stelle bereits hingewiesen werden:

1. Schaffung flexibler Einrichtungen: Im SGB XI wird von einem Gegensatz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege ausgegangen. In der Praxis ist dagegen die Schaffung flexiblerer Einrichtungen notwendig, wie in der Beschreibung von Wohneinrichtungen für demenziell erkrankte Menschen deutlich wurde. Sowohl das Angebot des „Betreuten Wohnens“ als auch die Konzeption des „virtuellen Heims“ bedeuten eine Abkehr von der Dichotomie „ambulant vs. stationär“. Auf diese Veränderung muß sich die stationäre Versorgung einstellen.

2. Wirtschaftlichkeit und Qualität: Stationäre Einrichtungen stehen unter dem doppelten Zwang, einerseits wirtschaftlich zu arbeiten und andererseits hohe Qualität in der Versorgung zu erbringen. Auf der Seite der professionell Pflegenden resultiert dies in hoher Arbeitsbelastung und hohem wahrgenommenem Zeitdruck. Diese Situation bedarf dringend der Lösung. Es ist notwendig, dass ausreichende Finanzmittel bereitgestellt werden und die unterschiedlichen Kostenträger (Pflegekassen, Krankenkassen) konstruktiv zusammenarbeiten. Andererseits ist es auch notwendig, dass die Einrichtungen Management- und Pflegekonzepte erarbeiten, die hohe Qualität auch unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit ermöglicht.

3. Fachkompetenz des Personals: Die Zahl der Pflegefachkräfte in der stationären Pflege ist zu häufig nicht ausreichend. Ebenso wie die allgemeine Zahl der Pflegekräfte muss die Fachkraftquote an der Belegungsstruktur ausgerichtet werden. Die in der Heimpersonalverordnung festgehaltene Untergrenze der Fachkraftquote von 50 % darf nicht unterschritten werden. Hier ist es notwendig, die angestrebte Fachkraftquote zu erfüllen. Zudem ist es notwendig, über eine geeignete Arbeitsorganisation die in stationären Einrichtungen anfallenden Arbeiten angemessen an die verschiedenen Berufsgruppen zu verteilen. Schließlich ist es notwendig, die kontinuierliche Weiterbildung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern.

4.6.4 Dimensionen des Pflegebegriffs

Seit Beginn der 90er Jahre werden auch in Deutschland Bemühungen sichtbar, eine Wissenschaft der Pflege zu entwickeln, was nicht zuletzt an der Einrichtung von etwa 50 pflegebezogenen Hochschulstudiengängen abzulesen ist. Auch wenn in Deutschland diese Entwicklung vergleichsweise spät ihren Anfang nahm und daher Konzepte aus dem angloamerikanischen, aber auch aus dem skandinavischen Raum übernommen werden konnten, mussten hierzulande sehr spezifisch verwendete zentrale Begriffe differenziert reflektiert werden. Es sind Begriffe, die gerade in der Praxis mit sehr unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden und deren Bedeutung häufig kontrovers diskutiert wird. Da die Konzepte der Pflege als Grundlage für eine Versorgung, die den oft sehr komplexen Anforderungen aus den Situationen Hochaltriger gerecht werden soll, von besonderer Bedeutung sind, werden im Folgenden einige davon diskutiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einigen der oft missverständlich verwendeten Kernbegriffe, die teilweise bereits Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden haben. Pflege erscheint in diesem Kontext oft als das Ende einer Versorgungskette. So suggeriert die Maxime ‚Rehabilitation vor Pflege’, dass es in der Rehabiliation um Förderung, Stärkung und Kompetenzerhalt geht, während es sich bei der Pflege um den Vollzug der reinen Verwahrfunktion handelt. Angemessener wären jedoch die Maximen ‚Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit’ und ‚Rehabilitation in der Pflege’. Diese Maximen sollen im folgenden erläutert werden.

4.6.4.1 Ganzheitlichkeit in der Pflege

Kritik an der Pflegepraxis wird oft von dem umfassenden Anspruch begleitet, die Pflege müsse ganzheitlich sein, nur ganzheitliche Pflege könne gute Pflege sein. Ganzheitlichkeit in der Pflege wurde breit diskutiert und als selbstverständlicher Anspruch im Zuge der Verbreitung der bekannten Pflegetheorien und -modelle aus den USA aufgenommen. Diese legen ein ganzheitliches Menschenbild als das für die Pflege relevante zugrunde, aus dem der Anspruch an eine ganzheitliche Pflege abgeleitet wird. Aufgenommen wurde dies insbesondere von der Autorin des in den neunziger Jahren noch am stärksten verbreiteten deutschsprachigen Pflegelehrbuchs, der Schweizer Ordensschwester Liliane Juchli (Juchli 1993). Zunächst stellt Ganzheitlichkeit eine Abgrenzung gegen die somatisch-mechanistische Auffassung von Krankheit dar, wie sie teilweise in der Medizin anzutreffen ist; sie muss aber auch aus dem Versuch verstanden werden, einen pflegeeigenen Bereich zu definieren, der sich von den medizinischen Aufgaben klar unterscheidet (Bischoff, C. 1994).

Gemeinsam ist allen Pflegemodellen und -theorien, dass der Mensch als komplexes biopsychosoziales Wesen begriffen wird, das sich in einer Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme[38] befindet (Robert Bosch Stiftung 2000, Meleis 1999, Fawcett 1996). Daraus ergibt sich die Forderung, dass die nichtbiologischen Anteile des Menschen für die Pflege genauso bedeutsam seien wie die biologischen,

[38] Der hier verwendete Begriff Gesundheitsproblem ist nicht nur mit Krankheit gleichzusetzen, sondern umfasst auch z. B. Gebrechlichkeit.

oder noch prononcierter, dass der Mensch eine bio-psycho-soziale Einheit ist und diese verschiedenen Anteile untrennbar miteinander verbunden sind. Biopsychosozial wird häufig synonym mit „ganz“ gebraucht.

Trotz der Pflegemodelle und der immer wieder geforderten ganzheitlichen Pflege ist diese nie genauer definiert worden. Es wird jedoch damit umgegangen, als ob jeder genau wüsste, was diese „Ganzheitlichkeit“ sei. Erst im Zuge der Entwicklung der Pflegewissenschaft wurden der Begriff und seine Konsequenzen kritisch hinterfragt (zusammenfassend Stemmer 2001). Es gibt eine große Zahl normativer Forderungen, was ganzheitliche Pflege zu leisten habe, die allerdings unterschiedlich sind und in der Konsequenz so gekennzeichnet werden können, wie dies auch für ganzheitliche Medizin getan wurde: „Ganzheitliche Pflege (im Originalzitat: Medizin) ist exakt das, was ein Autor sich hierunter vorstellt.“ (Niehoff & Schrader 1989: 22).

Die Forderungen nach Ganzheitlichkeit in der Pflege sind verbunden mit der Forderung, dass sich die Pflege mit allen Aspekten des Menschen befassen solle, auf das „Sein“ oder das „Gesamte“ orientiert sein solle und schließlich auch noch alle Wechselwirkungen mit der Umwelt berücksichtigen müsse (Bischoff, Claudia 1996). Die Vorstellungen sind insgesamt eher diffus und enthalten gleichzeitig einen Anspruch auf Omnipotenz, der keinen Platz für andere Berufe lässt (Bartholomeyczik 1997).

Viel Beachtung – vor allem in der Altenpflege – hat das von Krohwinkel (1993) entwickelte Modell der „ganzheitlich-fördernden Prozesspflege“ gefunden, dessen Struktur der AEDL (Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens) durch die Unterstützung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe in der Praxis allgemein genutzt wird. Das in der Studie vorgestellte „Rahmenmodell“ stellt eines der wenigen konkreten und praxisorientierten deutschsprachigen Modelle dar, deren Umsetzungsmöglichkeiten auch empirisch nachgewiesen wurden. Das „Ganzheitliche“ an der fördernden Prozesspflege wird auch hier nicht definiert, sodass folglich ebenfalls nicht nachgewiesen werden kann, ob mit diesem Modell das „Ganze“ der Pflege erfasst wird.

Mit der Vorstellung der Ganzheitlichkeit ist die Forderung verbunden, das Ganze sei mehr als die Summe seiner Teile, das Ganze habe also die Eigenschaften der Teile zusammen mit weiteren Eigenschaften, die diese Teile nicht besitzen. Dies lässt sich im Hinblick auf den Menschen als Ganzes keinesfalls halten. Auch die Forderung, das Ganze total in den Blick zu nehmen, um das Wichtige zu erkennen, widerspricht allen Erkenntnissen über die Wahrnehmung (Stemmer 2001).

Ganzheitliche Pflege wird häufig synonym mit umfassender, individueller, patienten- oder personenorientierter Pflege gebraucht. Der Begriff des „Ganzen“ gerät mehr zu einer utopischen Zielrichtung als zu einem zielführenden Modell. Verbunden ist dies in seiner omnipotenten Variante auch mit Überforderung und immanenter Frustration, da diese Ganzheit unerreichbar ist und wegen fehlender Konkretheit auch theoretisch nie erreicht werden kann.

Bei der Unhaltbarkeit und Unzweckmäßigkeit des Begriffs „Ganzheitlichkeit“ zur Beschreibung wesentlicher Dimensionen einer qualitativ hochwertigen Pflege empfiehlt es sich, diesen Begriff hierfür nicht zu verwenden. Es gibt den Vorschlag, stattdessen von „umfassender“ Pflege zu sprechen (Bischoff, Claudia 1996), ein Begriff, der sowohl im derzeitig gültigen Krankenpflegegesetz (§ 4) als auch in dem neuen Altenpflegegesetz (§ 3) bei der Beschreibung der Ausbildungsziele zu finden ist. Auch mit diesem Vorschlag kommt man nicht umhin, diese „umfassende“ Pflege zu definieren. Der Vorteil dieses Begriffs liegt jedoch darin, dass er keine Konnotation zu „Vollständigkeit“ aufweist wie der Ganzheitsbegriff.

4.6.4.2 Pflege

Als allgemeine Orientierung pflegerischen Handelns kann die bereits 1980 formulierte Definition von Pflege der American Nurses Association gelten, wonach „Pflege die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“ ist („Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems“, American Nurses Association (ANA) 1980). Diese Definition ist allerdings so unspezifisch, dass sie für viele andere Gesundheitsberufe ebenfalls zutrifft.

Pflegerischer Focus ist primär das Kranksein oder Beeinträchtigtsein und nicht die Krankheit und deren Ursachen. Pflege beschäftigt sich mit den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Fähigkeiten und Handeln, die für das alltägliche Leben benötigt werden. Eine Reihe abstrakter Modelle bietet unterschiedliche Strukturierungen dieser Fähigkeiten und des Handelns an, die konkreten Strukturierungsvorschläge sind allerdings kaum theoretisch und selten empirisch begründet. Bereits im 18. Jahrhundert wurden hierfür die hippokratischen „sex res non naturales“ (Olbrich, C. 1990) bemüht. Neuzeitliche Operationalisierungsvorschläge sind vor allem durch Hendersons 14 Grundbedürfnisse geprägt, deren Definition bereits 1963 auch in Deutsch erschien. Am bekanntesten in Deutschland wurde das darauf aufbauende britische Modell der Lebensaktivitäten von Roper et al. (1993) vor allem in seiner Modifikation nach dem verbreiteten Pflegelehrbuch von Juchli (1994), und speziell in der Altenpflege dessen Erweiterung durch Krohwinkel (1993). Allen gemein ist der Versuch, die für ein Alltagsleben notwendigen Handlungen zu fassen und diese mit dem biopsychosozialen Menschenbild in Einklang zu bringen. So enthalten die Lebensaktivitäten sowohl Körperfunktion wie das Atmen, die Mobilität als auch psychosoziale Funktionen wie die Kommunikation oder das Gleichgewicht zwischen Arbeiten und Spielen (vgl. auch sex res non naturales), oder Funktionen zum eigenen Schutz wie die Gestaltung einer sicheren Umgebung. Krohwinkel schließlich hat diese handlungsorientierte Kategorisierung erweitert um „existenzielle Erfahrungen“ wie z. B. Angst, Hoffnungslosigkeit oder auch Schmerzen. Sie bezeichnet sie als „Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) (Krohwinkel 1998). Eine umfassende Pflege wäre hier die Berücksichtigung aller AEDLs, sofern dies individuell erforderlich ist, die Analyse ihrer Zusammenhänge, und vor allem die Beurteilung und Förderung der Fähigkeiten.

Zu Konfusionen führt der Begriff Lebensaktivitäten aus den genannten Pflegemodellen mit den „Activities of Daily Living“, wie sie in der Gerontologie und Epidemiologie gebräuchlich sind (z. B. Katz et al. 1963, Mahoney, F.I. & Barthel 1965), weil letzterer nur einen kleinen Ausschnitt der erstgenannten beinhaltet. Der eng gefasste Begriff der Aktivitäten des täglichen Lebens aus der Gerontologie beschreibt aber recht genau die in § 14 SGB XI so bezeichneten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“. Pflegefachlicher Konsens ist jedoch, dass die pflegerischen Aufgaben weit über die Hilfe und Unterstützung bei diesen „Verrichtungen“ hinausreichen, was u. a. zu großen Schwierigkeiten mit der Umsetzung des SGB XI in der beruflichen Pflegepraxis führt.

Etwas unvermittelt und oft nicht konsequent in die Modelle eingebunden ist das Sterben. Bei Roper et al. (1993) gibt es neben elf anderen Lebensaktivitäten auch eine namens „Sterben“, bei Juchli (1994) wird dies untergeordnet in „Sinn finden im Werden – Sein Vergehen“ und bei Krohwinkel (1993) erscheint das „Sterben“ unter den „Existenzgefährdenden Erfahrungen“.

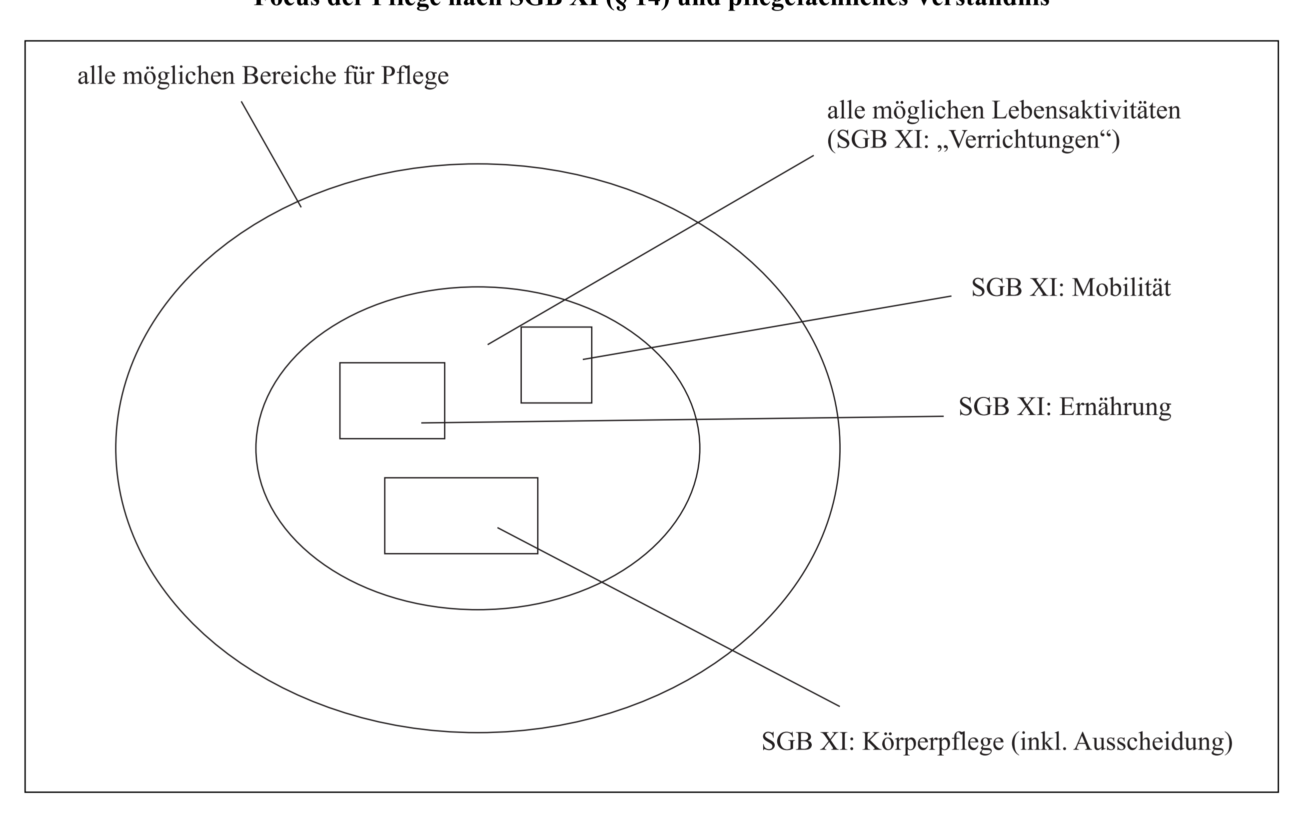
4.6.4.3 Ziele der Pflege

Während Florence Nightingale angesichts der katastrophalen Zustände in den britischen Lazaretts im Krimkrieg 1859 die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Umfelds als Hauptaufgabe der Pflege beschrieb, orientierte sich bereits Henderson mit ihrer weithin bekannten Definition an einem Bedürfniskonzept und einem Verständnis von Selbstständigkeit. Sie beschrieb 1960 die Aufgabe einer Pflegenden: „Den einzelnen – ob gesund oder krank – bei der Durchführung jener Handlungen zu unterstützen, die zur Gesundheit oder zur Wiederherstellung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Ebenso gehört es zu ihren Aufgaben, dem Kranken zu helfen, seine Unabhängigkeit so rasch als möglich wieder zu erlangen.“ (Henderson, V. 1963: 51). Hier sind bereits die wichtigsten Elemente heutiger Pflegeauffassung enthalten: Die Orientierung an der Unabhängigkeit bzw. Selbstständigkeit und an den Alltagshandlungen.

Die ebenfalls US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Orem (Orem 1996) präzisierte diese Auffassungen kurze Zeit später mit ihrem Selbstpflege- oder Selbstfürsorgemodell, nach dem das primäre Ziel der Pflege die Wiederherstellung der Fähigkeiten ist, für sich selbst sorgen zu können. Eine Maxime lautet, erst dann pflegerisch einzugreifen, wenn die Selbstfürsorgefähigkeiten der betroffenen Person dazu wirklich nicht ausreichen. Ziel einer jeden Pflege muss die Stärkung dieser Fähigkeiten sein. Orem unterstellt dabei, dass jeder Mensch grundsätzlich ein Interesse und den Willen habe, selbstständig für sich zu sorgen, ein Menschenbild, das schwerlich so verallgemeinert werden kann. Orems Modell ist aber gerade für

Abbildung 4-6

Focus der Pflege nach SGB XI (§ 14) und pflegefachliches Verständnis



die Pflege alter Menschen von großer Bedeutung, weil sie zwischen der Pflege durch Angehörige und der beruflichen Pflege unterscheidet. Aus dem Blickwinkel der beruflichen Pflege muss sich die Sorge auch auf die pflegenden Angehörigen richten, um ihre Pflegekompetenzen zu stärken.

Krohwinkel nimmt dies auf, in dem sie in ihrem Rahmenmodell sowohl Pflegebedürftige als auch persönliche Bezugspersonen gleichermaßen als „Partner“ der Pflegefachperson definiert. „Primäre pflegerische Zielsetzung“ beschreibt sie in dem Rahmenmodell als „Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens und in ihrem Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.“ (Krohwinkel 1993: 25). Pflege wird demnach als therapeutische Maßnahme begriffen, da mit ihren Methoden gesundheitsbezogene Ziele erreicht werden können.

4.6.4.4 Pflegemethoden

Pflegerisches Handeln ist auch immer körperbezogenes Handeln, also Handeln, das sich am Leib und mit dem Leib vollzieht. Der Begriff Leib wird hier in Abgrenzung zum Begriff Körper verwendet, wobei der Leib als Ort von Gefühlen, Empfindungen und im Austausch mit der Mitwelt angesehen wird, während der Körper als „funktionierende Maschine und aus Körper-Teilen zusammengesetzt“ verstanden wird (Müller, E. 1999: 38). Pflegerische Methoden beinhalten also immer die Leiborientierung, auch wenn sie möglicherweise nicht immer mit physischer Kontaktaufnahme einhergehen. Die früheste und differenzierteste Auseinandersetzung mit Pflegemethoden war die „psychodynamische Pflege“ nach Peplau (Peplau 1952). Deutlich von der Psychoanalyse beeinflusst, beschreibt sie die Pflegebeziehung mit Phasen der Regression, Übertragung, Loslösung und Reifung, Letzteres sowohl auf Seiten der pflegenden als auch der pflegebedürftigen Person. Peplaus Vorstellungen fanden und finden Anklang in der psychiatrischen Pflege, geben aber auch wichtige Anstöße für jede langfristige Pflegebeziehung.

Den größten Einfluss auf heutige Auffassungen von Pflegemethoden hat das Werk von Orem (1996), in dem fünf Pflegemethoden definiert werden: Handeln für den Pflegebedürftigen, Anleiten, körperliche oder seelische Unterstützung geben, eine förderliche Umgebung gestalten und den Pflegebedürftigen unterrichten. Diese Pflegemethoden sind in drei „Pflegesystemen“ einzuordnen: Vollkompensatorisch, teilkompensatorisch und unterstützend-erziehend (Orem 1996). Diese Methoden werden mit geringer Modifikation von Krohwinkel (Krohwinkel 1993) in ihr bereits genanntes Rahmenmodell übernommen.

Relativ differenziert und Orem sehr ähnlich formuliert das SGB XI in § 14 die verschiedenen Hilfe- bzw. Pflegemethoden, die voll kompensatorisch bis unterstützend sein können: „Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen, Beaufsichtigung oder Anleitung“ (§ 14). Diese Methoden sind insofern wichtig, als nach der geschätzten Dauer, die ein pflegender Laie zur Durchführung einer Pflegehandlung benötigt, die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt und damit die Höhe der Leistungen aus der Pflegeversicherung festgelegt wird. Um die Begutachtungsgerechtigkeit zu erhöhen, wurden 1997 Zeitkorridore als Richtlinien vorgegeben, nach denen die erforderlichen Zeiten für die Pflege geschätzt werden sollten. Obwohl von der Vielfältigkeit der Hilfemethoden ausgegangen wird und die „vollständige Übernahme“, also die voll kompensatorische Methode, nur eine von vielen ist, beziehen sich die Zeitkorridore ausschließlich und explizit nur auf die „vollständige Übernahme“. Jede Abweichung von den Richtlinien-Zeitkorridoren ist zu begründen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 1997). Damit wird die Methode der vollkompensatorischen Pflege unwillkürlich in den Mittelpunkt gerückt und als zentrale Methode – des eigentlich durch vielfältige methodische Ansätze gekennzeichneten – Pflegegeschehens festgelegt. Dies steht in offensichtlichem Widerspruch zu dem allgemein formulierten Ziel der Pflegeversicherung eines „selbstständigen und selbstbestimmten Lebens“ (§ 2 SGB XI), wonach die voll kompensatorische Pflege eine Ausnahme bleiben sollte (Klie & Krahmer 1998: 164).

Darüber hinaus ließ sich zeigen, dass auch vollkompensatorische Maßnahmen gleicher Art in der häuslichen Pflege empirisch derartig große Streuungen aufweisen, dass in den vorgeschlagenen Korridorbreiten nur ein Teil der gemessenen Werte zu finden ist (Bartholomeyczik et al. 2001).

4.6.4.5 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden häufig synonym gebraucht, bezeichnen aber verschiedene Tatbestände. Während Pflegebedürftigkeit den pflegerelevanten Zustand eines Menschen beschreibt, bezeichnet der Pflegebedarf die aus dem Zustand der Pflegebedürftigkeit sowie anderen Randbedingungen resultierende erforderliche Pflege. Pflegebedürftig ist also ein Merkmal, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist (Wingenfeld 2000).

Nach § 14 SGB XI sind solche Personen pflegebedürftig, die Hilfe benötigen und zwar bei „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“, welche auf Krankheiten, sowohl somatische als auch psychische, sowie Behinderungen zurückzuführen sind. Es gibt Ähnlichkeiten mit der oben zitierten Definition des US-amerikanischen Pflegeberufsverbands, insofern als es auch hier um die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen geht. Bei der Operationalisierung dieser allgemeinen Feststellung treten allerdings Diskrepanzen zu einem konsensualen Pflegeverständnis auf.

Dieser Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich nur auf Einschränkungen, während pflegewissenschaftlicher Auffassung nach die Pflegebedürftigkeit als ein Resultat aus Fähigkeiten und Einschränkungen betrachtet werden muss. Anders ausgedrückt: wenn ein bestehendes Selbstpflegedefizit durch Selbstpflegefähigkeiten kompensiert werden kann, ist keine Pflegebedürftigkeit vorhanden (Cavanagh 1995, Orem 1996). Eine Pflegediagnostik sollte

also neben den Beeinträchtigungen auch immer vorhandene Ressourcen erfassen. Dieser Vorstellung nach folgt daraus, dass gerade bei chronischen Beeinträchtigungen andere Fähigkeiten der Person gestärkt werden müssen, um Unabhängigkeit zu schaffen, auch weil die durch die chronischen Beeinträchtigungen beruhenden Defizite selbst häufig nicht zu verändern sind. Gerade im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigungen im Alter, insbesondere im hohen Alter, ist dieser Ansatz hervorzuheben.

Der Pflegebedarf ist allerdings nicht nur aus der Pflegebedürftigkeit abzuleiten, sondern auch aus den Umweltbedingungen, die die Pflegebedürftigkeit teils mindern, aber auch verstärken können (Olbrich, E. & Diegritz 1995). Letztlich begründet werden kann allerdings der Pflegebedarf nur, wenn auch die zu erreichenden Ziele einbezogen werden (Bartholomeyczik et al. 2001), wie in Abbildung 4 – 7 dargestellt ist.

Bei der Operationalisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in §14 SGB XI entfällt die pflegerelevante Beschreibung des betroffenen Individuums. In der Begutachtung werden die medizinischen Diagnosen festgehalten sowie Organschädigungen beschrieben und deren Folgen für ausgewählte alltägliche Aktivitäten (Bewegen, Waschen/Kleiden, Ernähren und Ausscheiden) (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 2000). Die enge Auswahl der Aktivitäten wurde an anderer Stelle angesprochen und ist dem Gesetzgeber sehr wohl als eine gewollte Einschränkung bewusst, um eine finanzierbare Pflege zu definieren (Klie & Krahmer 1998).

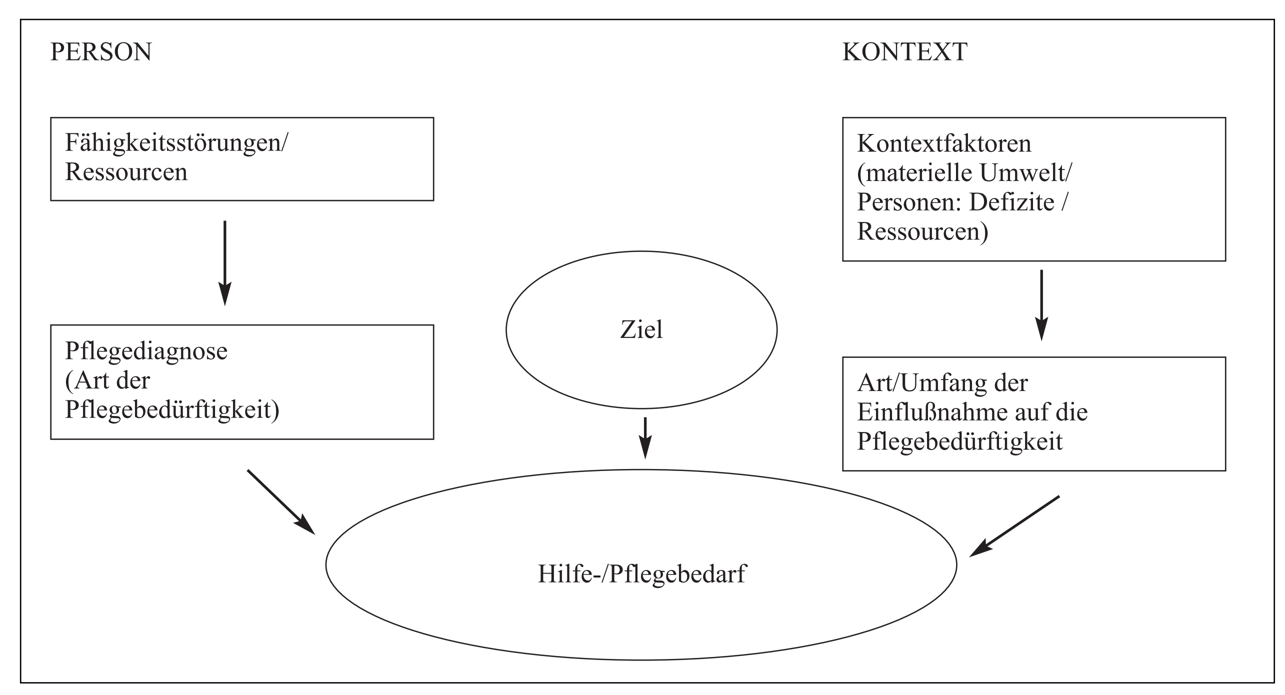
Pflegebedürftigkeit steht allerdings nicht in linearer Beziehung zu Krankheiten oder Körperschädigungen, d. h. vorhandene Krankheiten und Behinderungen können ohne Pflegebedürftigkeit vorkommen, während gleich zu beschreibende Pflegebedürftigkeiten (vergleichbare Pflegediagnosen) auf unterschiedliche medizinische Diagnosen zurückgehen können. Diese Erkenntnis hat sich die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)[39] mit der Forderung zu Eigen gemacht, dass jede Ebene diagnostiziert werden muss: Body Functions, Body Structure, Activities, Participation und Environmental Factors (World Health Organization (WHO) 1999). Die Versuche, die Beziehungen zwischen Krankheiten und ihren Folgeerscheinungen präziser zu fassen, zeigen die Komplexität dieses Verhältnisses (Verbrugge & Jette 1994).

4.6.4.6 Pflegeprozess

Die Hinwendung zur Förderung von Fähigkeiten beinhaltet ein klare, gesundheitsbezogene Zielsetzung pflegerischen

Abbildung 4-7

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf



Quelle: Bartholomeyczik & Hunstein 2000.

[39] Am 15. November 2001 wurde die weiterentwickelte ICIDH als ICF von der WHO verabschiedet.

Handelns. Die Handlungsabfolge wird als mehrstufiger Prozess beschrieben, wie er als Problemlösungsprozess allgemein üblich ist: Anamnese, Diagnostik/Beurteilung eines Ausgangszustands (Assessment), Planung einer Maßnahme, Durchführung einer Maßnahme (Implementation), Bewertung des Ergebnisses (Evaluation). Das Bewusstsein für den ersten Schritt wird allerdings erst langsam entwickelt, verstärkt durch die Diskussion um die Systematik der aus den USA stammenden Pflegediagnosen, die dort seit den 70er Jahren entwickelt und klassifiziert werden (Gordon & Bartholomeyczik 2001). Die Klassifikationssystematik (Taxonomie) ist vergleichbar mit der Struktur der Lebensaktivitäten. Obwohl die Pflegediagnosen selbst in der nordamerikanischen Pflegekultur entwickelt wurden, in der andere Bildungsstrukturen, Berufskompetenzen und Verantwortlichkeiten als in Deutschland herrschen, blüht der deutschsprachige Büchermarkt auf diesem Gebiet und hat sich von der Krankenhauspflege kommend auch auf die Altenpflege ausgedehnt (Ehmann & Völkel 2000). Die Anwendung in der Praxis ist dagegen noch nicht die Regel und ohne Anpassung an mitteleuropäische Werte und Normen der Pflege auch nicht anzuraten.

Die in den USA ebenfalls vorzufindenden Systeme der Pflegeinterventionen (NIC, Nursing Interventions Classification, Mc Closkey & Bulechek 2000) und Pflegeergebnisse (NOC, Nursing Outcome Classification, Johnson, M. et al. 2000) haben bisher in Mitteleuropa noch keine sichtbare Verbreitung gefunden.

Mit dem zunehmenden Einsatz der EDV auch für die Pflegedokumentation gewinnen derartige standardisierte Systeme an Bedeutung. In mehreren europäischen Ländern werden mit ihnen Modellprojekte durchgeführt. Dabei werden für die Klassifikation auch Systeme aus anderen Bereichen verwendet. So wird das ICIDH in einem Kooperationsprojekt zwischen den Universitäten Amsterdam, Groningen und Nijmwegen als pflegediagnostisches System in Krankenhäusern erprobt (Oud 2001). Eine Systematik der Pflegediagnostik wird auch im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs als Finanzierungssystem in Krankenhäusern mit der Vorstellung diskutiert, dass Pflegediagnosen einen Versorgungsaufwand abbilden, der sich in den Gruppen der medizinischen Diagnosen bisher nicht findet und auch nicht hoch mit dem medizinischen Aufwand korreliert (Hunstein & Bartholomeyczik 2001).

Pflegeassessment, Planung der Maßnahmen, Durchführung und Überprüfung der Ergebnisse wird üblicherweise als Pflegeprozess bezeichnet, der sich entsprechend seinem schrittweisen Ablauf in der Pflegedokumentation niederschlagen sollte. Diagnostische und prognostische Kompetenzen kommen jedoch in der traditionellen Pflegebildung bisher zu kurz, die Dokumentation bereitet in der Praxis Probleme (Höhmann et al. 1996), womit auch der bei Qualitätskontrollen sehr häufig angemerkte Mangel in der Dokumentation zu erklären ist (Brucker 1999, Soppart 1999, Zink et al. 2000).

4.6.4.7 Grund- und Behandlungspflege

Die in der Sozialgesetzgebung festgeschriebene Aufteilung pflegerischer Arbeit in Grund- und Behandlungspflege (SGB V § 37 und SGB XI § 41) bringt umfassende Qualitätsprobleme mit sich, da mit den beiden Begriffen unterschiedliche pflegerische Qualifikationen und Ziele verbunden werden. In der Sozialgesetzgebung tauchten diese Begriffe mit Einführung des § 37 SGB V im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 1989 auf, „ohne dass es eine Legaldefinition dieser beiden Begriffe gäbe“ (Klie 1998: 14, Igl & Welti 1995). Durch die sozialleistungsrechtliche Behandlung dieser Begriffe in der häuslichen Pflege wird außerdem eine Kluft aufgetan, die für die Betroffenen nicht nachvollziehbar ist (Igl 1999a).

In den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts waren diese Begriffe durch den Krankenhausökonomen Eichhorn (Eichhorn 1967, 1975) breit in die Fachdiskussion eingeführt worden. Grundlage war eine britische Studie, in der die Arbeit Pflegender im Krankenhaus als „technical nursing“ und „basic nursing“ bezeichnet wurde (Nuffield Provincial Hospital Trust 1953). Bei deren Übersetzung, besorgt durch das Deutsche Krankenhausinstitut (Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf 1954), wurde aus „technical nursing“ – der Ausführung ärztlicher Anordnungen – die „Behandlungspflege“ und aus „basic nursing“, – der Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und vollverantwortliche Aufgabe Pflegender – die „Grundpflege“. Neben der Einführung dieser Begriffe[40] wurden aus den empirischen Befunden der britischen Studie in der deutschen Adaption normative Vorgaben für die Krankenhausorganisation. Da nach Eichhorn die ärztlicherseits definierten Ziele und Aufgaben in der Patientenversorgung grundsätzlich Priorität haben, hat auch die „Behandlungspflege“ Vorrang bei allen Arbeiten, die Pflegende ausführen. Außerdem erfordert sie laut Eichhorn die größte Kompetenz der Pflegenden, denn hier seien technische Handlungsabläufe wichtig. Die „Grundpflege“, die als „basic nursing“ übersetzt wurde, kann dagegen laut Eichhorn an Auszubildende oder Praktikantinnen und Praktikanten delegiert werden, werde zwar von Geübten auch schneller erbracht, sei aber eigentlich bei allen Patientinnen irgendwie gleich und habe sowieso wenig Bedeutung für die Gesundung der Patientinnen (Bartholomeyczik 1997, Schwarzmann 1999, umfassend: Müller, E. 2001). Der Pflege ist hier eine Verwahrfunktion vorbehalten, für die weder differenzierte diagnostische noch prognostische Kompetenzen benötigt werden. Auch die Handlungskompetenzen werden als besonders einfach beschrieben. Dies führt nach wie vor insbesondere in der Altenpflege zu der häufig patientenfeindlichen Entscheidung, dass die Pflege (so genannte Grundpflege) von Angelernten oder anderen Hilfskräften durchgeführt wird, während die Mitarbeit bei medizinischen Aufgaben (so genannte Behandlungspflege) ausgebildeten Pflegefachkräften überlassen wird. Die großen qualitativen Probleme fehlerhafter Pflege finden sich jedoch vor allem im Bereich der Auswirkungen der „Grundpflege“.

[40] Irritierend sind diese Begriffe, weil a) Behandlungspflege die ärztliche Behandlung meint und nicht die pflegerische, wie der Begriff suggeriert und b) Grundpflege eine Konnotation mit einer allgemeinen Grundlage zuläßt, aber nicht grundlegende Pflege assoziieren lässt.

Die Trennung und unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Aufgaben Pflegender wird durch die Finanzierungsregelung negativ verstärkt. Auch die Verwendung von Begriffen wie Allgemeine (Grundpflege) und Spezielle Pflege (Behandlungspflege), wie sie in der Pflegepersonalregelung für Krankenhäuser gebraucht wurde, mindert die Problematik nicht.

4.6.5 Besondere Anforderungen an die Pflege Hochaltriger

Die Pflegefachliteratur beschäftigt sich zwar mit Alterungsprozessen und den unterschiedlichen Alternsbildern, sie gibt aber keine Hinweise auf spezifische Anforderungen an die Pflege Hochaltriger. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alle allgemeinen Überlegungen zu den Anforderungen an die Pflege alter Menschen umfassender und genauer noch für die Betreuung Hochaltriger gelten, da hier mit größerer Wahrscheinlichkeit von einer Kumulation von Risiken und einer besonders großen Vulnerabilität auszugehen ist. Ein weiterer Mangel ist die bisher vor allem in Deutschland nur rudimentär entwickelte klinische Pflegeforschung. Für viele Bereiche wurde weder systematisch untersucht, was pflegerische Maßnahmen bewirken können, noch welche Methoden und Kompetenzen dafür erforderlich sind. Vor allem können nur wenige quantitative Aussagen gemacht werden. Eines der für die Pflege wichtigen, aber bisher wenig bearbeiteten Themen, auf das auch hier nicht weiter eingegangen wird; ist z. B. der Schmerz (Müller-Mundt et al. 2000).

4.6.5.1 Beziehung in der Pflege

Jede Art der Pflege sollte unabhängig von spezifischen, evtl. körperbezogenen Zielen, grundsätzlich zwei Dimensionen enthalten, die für den Umgang mit alten, vor allem hochaltrigen Menschen von großer Bedeutung sind: Der Respekt vor und die Förderung der Autonomie im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Pflegebeziehung. Da beide Dimensionen eng miteinander verbunden sind, werden sie unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung hier angesprochen. Diese Dimensionen stellen auch in der Pflege Demenzkranker eine besondere Herausforderung dar. Darauf wird an anderer Stelle eingegangen.

Eine Pflegebeziehung gestaltet sich unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um beruflich ausgeübte Pflege oder Pflege durch Angehörige handelt. Bei der Pflege durch Angehörige wandelt sich eine oft lebenslange familiäre Beziehung mit einer gemeinsamen Vergangenheit mit positiven oder negativen Ereignissen in ein Verhältnis, bei dem ein ehemals selbstständiger Mensch von der Unterstützung eines Familienmitglieds abhängig wird. Darin bestehen Chancen und Risiken, indem positive Potenziale verstärkt, aber auch negative Verhältnisse nicht mehr verdeckt werden können (vgl. Kapitel 3.4 und 4.2). In letzterem liegt auch ein Potenzial zur Gewalt. Der Rollenwandel bringt Aufgaben mit sich, die die Reflexion einer Beziehung beinhalten muss, oft muss eine rationale Distanz entwickelt werden, um die Pflegebeziehung überhaupt aushalten und auch nutzen zu können. Im Folgenden geht es primär um die berufliche Beziehung in der Pflege.

Die Beziehungsqualität wird zwar in allen Pflegelehrbüchern eingefordert, allerdings wenig konkret und kaum verbunden mit Lehr- und Lernaufforderungen. Hinzu kommt, dass es in Deutschland in der jungen Pflegewissenschaft nahezu keine empirischen Untersuchungen über die Beziehungsqualitäten und -dimensionen in der Pflege gibt (Hulskers 2001). Andererseits zeigen Befragungen von Pflegebedürftigen die große Bedeutung der Haltung einer Pflegenden gegenüber der zu Pflegenden. Die Pflegehandlungen im engeren Sinne scheinen eher unwichtig, die „handanlegende Pflege“ verschwindet hinter dem Wie.

In verschiedenen Studien ergab sich für die befragten Patientinnen und Patienten als das Wichtigste die Art der Beziehungsgestaltung und die Haltung, mit der die Pflegenden auftreten (Hunstein 1997; Fosbinder 1994; Schnepp 1996). Auch wenn diese allgemeinen sozialen Kompetenzen teilweise als „Sekundärtugenden“ bezeichnet werden, so haben sie eine Bedeutung, die ein „Nebenbei“ nicht zulässt. Denn es geht nicht nur um die allgemeine Tugend der Freundlichkeit, sondern vor allem auch darum, wie mit der subjektiven Betroffenheit eines Pflegebedürftigen umgegangen wird und wie dies auf Seiten der Pflegenden positiv bewältigt werden kann.

Damit werden hohe Anforderungen an die Beziehungsgestaltung in der Pflege gestellt, die neben ihrer ethischen Begründung eine so große Bedeutung besitzt, weil auch eine technisch gute körperbezogene Pflege ohne die Einbettung in eine förderliche Beziehung nicht die beabsichtigten Wirkungen erreichen kann. Ein gutes Beispiel dafür ist der Bereich der Unterstützung beim Essen und Trinken (Kayser-Jones 1996).

Die Beziehungsgestaltung wird umso wichtiger, je langfristiger eine Pflege ist, je abhängiger die Pflegebedürftige ist und je gestörter das (Realitäts-)Verhältnis der Pflegebedürftigen gegenüber ihrer Umwelt ist. Demenziell erkrankte alte Personen und Intensivpatient/innen erfordern hier die höchste Qualifikation (Bartholomeyczik 1999). Im Weiteren kann vor allem in der häuslichen Pflege für die beruflich Pflegende meistens nicht von einer Zweierbeziehung in der Pflege gesprochen werden; in der Regel handelt sich mindestens um eine „Dreierbeziehung“, da die Pflegefachperson die pflegenden Angehörigen in ihr Pflegehandeln und die Beziehungsgestaltung mit einbeziehen muss (Oehmen 1999). Grundlage einer Beziehungsgestaltung muss eine hinreichende analytische Distanz in der beruflichen Beziehung (Weidner 1995) sowie die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns, seiner Ansprüche und Möglichkeiten sein. Anhand einer Analyse empirischer Untersuchungen zur Beziehungsgestaltung werden folgende soziale Kompetenzen zur pflegerischen Beziehungsgestaltung genannt, die allerdings nicht scharf voneinander zu trennen sind (Hulskers 2001):

– Autonomie fördern: Autonomie hat die Dimensionen der Selbstbestimmung, Zielorientierung, Wahlmöglichkeiten, Freiwilligkeit und Individualität. Wichtige Aufgabe in der Pflege ist es, Pflegebedürftige in

Entscheidungsprozesse einzubeziehen, sie in den eigenen Entscheidungen über ihre täglichen Aktivitäten zu unterstützen, Grundlage hierfür sind adäquate Informationen. Respekt vor der Privatsphäre und der Würde des Menschen sind wichtige Faktoren zur Förderung der Autonomie.

– Vertrauen aufbauen: Kern des Vertrauens ist das Gefühl, dass der Interaktionspartner verlässlich ist und positive Absichten hegt. In einer professionellen Beziehung ist ein weiteres wichtiges Moment die Einschätzung, dass der Interaktionspartner über relevantes Wissen verfügt. Das Gefühl der Wertschätzung als Ausdruck individuellen und umfassenden Versorgtseins gehört ebenfalls dazu.

– Unterstützen: Unter dem Begriff der Unterstützung werden verschiedene pflegerische Verhaltensweisen beschrieben: Aufmuntern, trösten, beruhigen, Hoffnung vermitteln, Erklärungen anbieten, beraten und Vorschläge machen, Wärme vermitteln, Einfühlsamkeit und Verständnis zeigen (Motyka et al. 1997).

– Fürsprechen (advocacy): Der Begriff der Fürsprache lässt leicht paternalistische Bevormundung assoziieren, meint aber eigentlich das Gegenteil. Fürsprache bedeutet, den Pflegebedürftigen so zu unterstützen, dass er selbst die beste Entscheidung treffen kann und ähnelt daher dem Begriff der Befähigung.

– Befähigen (empowerment): Ursprünglich aus der Befreiungspolitik Südamerikas kommend, bedeutet dieser Begriff die Vermittlung von Fähigkeiten, Ressourcen, Möglichkeiten und Autorität an Personen, die diese aufgrund ihrer Lage (noch) nicht besitzen. Für die Pflege heißt dies, bei Pflegebedürftigen Ressourcen zu fördern, um ein Gefühl der Handlungsfähigkeit entwickeln zu können.

– Sicherheit vermitteln: Auch hier wird der Zusammenhang zu den anderen Kategorien deutlich, wenn als Strategien für die Sicherheitsvermittlung an Pflegebedürftige genannt werden: Vorhersagen machen, Unterstützung geben, Handlungsfähigkeit stimulieren, ablenken, in Aktion treten.

– Partizipieren: Grundlage ist die Auffassung Pflegender, dass Pflegebedürftige eigene Entscheidungskompetenz haben und darin unterstützt werden sollen.

Nicht nur in der Pflegeversicherung werden als Pflegeziele Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit hervorgehoben. Selbstbestimmung ist vom Gesundheitszustand abhängig und natürlich von der sozialen Schicht, ebenfalls vom Alter: Je älter Menschen sind, desto stärker ist ihre Selbstbestimmung aufgrund gesundheitlicher Verluste bedroht (Ende et al. 1989). Hinzu kommt die biografische und auch geschlechtsspezifische Einstellung, nach der Selbstbestimmung nicht im Vordergrund zu stehen hat – hochaltrige Frauen haben dies besonders stark verinnerlicht. So zeigen qualitative Untersuchungen zum Umgang alter Menschen mit Schmerz, dass sie vor allem die Vorstellung haben, sich mit Schmerzen abfinden zu müssen und dass sie andere Menschen nicht damit belästigen sollten. Zu diesen anderen Menschen gehört auch das Personal in Altenpflegeeinrichtungen, weil es nicht genügend Zeit habe, obwohl davon auszugehen ist, dass mindestens die Hälfte der Pflegeheimbewohner unter täglichen Schmerzen leidet. Gekoppelt sind diese Vorstellungen mit einer Skepsis gegenüber der Effektivität von Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung (Yates et al. 1998).

Nach einer Untersuchung in Altenheimen (Heinmann-Knoch et al. 1998) wird bei der Körperpflege Selbstbestimmung häufig ignoriert, indem voll kompensierend gepflegt wird und auch geäußerte Wünsche selten zu adäquaten Reaktionen führen. Essenswünsche werden wohl weitgehend beachtet, jedoch nicht die Wünsche nach Essenszeiten. Die gerade in Altenheimen anzuratende Pflegeplanung im Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern findet sich bisher nur in Ausnahmefällen. Eine Untersuchung in Berliner Geriatrieeinrichtungen und Pflegeheimen (Schopp et al. 2001) zeigt, dass die Betroffenen umso seltener Informationen erhalten, je älter sie sind; dass ihre Entscheidungsmöglichkeiten umso geringer sind, je hilfebedürftiger sie sind; dass die Pflegebedürftige umso seltener um Zustimmung gefragt wird, je hilfebedürftiger sie ist. Die Intimsphäre wird am geringsten geschützt bei Ankleidesituationen und vor allem im Zusammenhang mit Ausscheidungen. Die Verletzung der Intimsphäre geschieht leichter in Mehrbett- als in Einzelzimmern. Und auch hier wieder werden weniger hilfebedürftige Personen respektvoller behandelt als Schwerstpflegebedürftige.

4.6.5.2 Rehabilitation und Pflege

Auch wenn früher die Rehabilitationspotenziale alter und insbesondere hochaltriger Menschen häufig ignoriert wurden, so ist heute unstrittig, dass sie in der Regel vorhanden sind und gefördert werden sollten. Im Jahr 1999 nahmen insgesamt 671 291 Menschen an Rehabilitationsmaßnahmen teil (Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung), 13 % davon waren über 60 Jahre alt (n = 92 626) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2001: www.gbe-bund.de). Eine Differenzierung nach Altersgruppen wird in diesem Bericht nicht gegeben.

In der Sozialen Pflegeversicherung ist der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege in § 31 SGB XI festgehalten. Positiv an der Regelung ist die Bedeutung, die der Gesetzgeber den rehabilitativen Maßnahmen zuweist. Kritisch betrachtet werden sollte jedoch die Trennung der Rehabilitation von der Pflege, da hierbei suggeriert wird, die Pflege habe nichts mit Rehabilitation zu tun. Pflege wird damit zu einer Restkategorie der Versorgung, wenn alle kurativen, rehabilitativen und fördernden Maßnahmen versagt haben. Moderne Pflegeauffassung ist jedoch, dass pflegerische Maßnahmen in der Regel immer (Ausnahme z. B. Sterbebegleitung) rehabilitativ orientiert sein sollten (vgl. Kap. 4.6.4). Rehabilitation als immanenter Bestandteil der Pflege setzt nicht irgendwann in einer als rehabilitationsorientiert bezeichneten Einrichtung ein, sondern Pflege, wo auch immer sie stattfindet, sollte rehabilitativ sein. Abgesehen davon ist die Pflege auch ein Bestandteil der Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.

Die Wirkung von Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Schlaganfall sind verhältnismäßig gut untersucht. So zeigt sich, dass mangelnde Frührehabilitation nach einem Schlaganfall in der Akutklinik und nach der Entlassung dazu führt, dass nach einem Jahr ein hoher Prozentsatz pflegebedürftig ist. In einer Krankheitsverlaufsstudie in Kassel waren bei der Entlassung aus dem Krankenhaus 14 % der Schlaganfallbetroffenen pflegebedürftig, nach einem weiteren Jahr waren es jedoch schon 62 %. Begründet wird dieser sprunghafte Anstieg mit den fehlenden rehabilitativen Maßnahmen nach der Akutversorgung (Radebold 1995). Bei Frührehabilitation im Krankenhaus mit nachfolgender entsprechender Weiterbehandlung ist nachzuweisen, dass auch im hohen Alter (bei über 75-Jähigen) Rehabilitationsmaßnahmen ihre Wirkung haben (Kruse 1995). Auch wenn diese Untersuchungen zeigen, dass gerade Frührehabilitation durch integrierte pflegerische und interdisziplinäre Maßnahmen sehr Erfolg versprechend ist, gibt es in Akutkrankenhäusern kaum gezielte Frührehabilitation. Nach der oben genannten Studie in Kassel wurden die bestehenden ambulanten rehabilitativen Möglichkeiten von den Betroffenen kaum genutzt, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte trugen nicht zur Verbesserung bzw. Erhaltung bestehender Rehabilitationserfolge bei. Nur die Rehabilitationskliniken erbrachten für die Gruppe der über 60-Jährigen erhebliche und langfristige Rehabilitationserfolge, insbesondere bei Verbesserung von Funktionen und des Selbsthilfepotenzials (Radebold 1995).

In einer qualitativen Untersuchung zur Frührehabilitation von Schlaganfallbetroffenen im Krankenhaus ließ sich zeigen, dass die pflegerische Förderung von Fähigkeiten Sekundärkrankheiten eindeutig verringern kann und häufig mit erreichter Selbstständigkeit eine Pflegeheimeinweisung vermieden werden kann (Krohwinkel 1993).

Die in SGB XI § 11geforderte „aktivierende Pflege“, mit der an anderer Stelle genaueren Zielsetzung „die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (SGB XI § 2) entspricht der rehabilitierenden Pflege. Einzelne Studien in Altenheimen (Baltes, M. M. et al. 1986) und im häuslichen Umfeld (Wahl, H.-W. & Baltes 1995, Wahl, H.-W. & Baltes 1990) zeigen allerdings die großen Schwierigkeiten im Umgang mit der Selbstständigkeitsförderung. Pflegenden, sowohl den beruflich Pflegenden als auch den Angehörigen fällt es offensichtlich leichter, sich unselbstständigkeitsfördernd als selbstständigkeitsfördernd zu verhalten.

Auch wenn in die stationäre Altenpflege zunehmend stärker pflegeabhängige Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden, ist sie dennoch ein wichtiger Ort für rehabilitative Maßnahmen. Hier fehlen trotz der entsprechenden Aufforderung im SGB XI zu ‚aktivierender’ Pflege die (finanziellen) Anreize. Effektive Rehabilitation könnte die Pflegestufe senken, was jedoch mit finanziellen Einbußen für die Einrichtung verbunden wäre. Außerdem stehen den Altenpflegeheimen Rehabilitationstechniken nur in geringem Maße zur Verfügung oder/und viele Pflegende können damit nicht adäquat umgehen. Schließlich ist eine gesonderte Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen im Altenheim nicht vorgesehen.

Die Rehabilitation, auch die der Hochaltrigen, findet überwiegend in stationären Rehabilitationseinrichtungen oder auch geriatrischen Kliniken statt. Konzepte der ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden zunehmend diskutiert (Therapiezentren, Gemeinschaftspraxen, mobile Rehabilitation). In vielen Fällen sind sie an stationäre Rehabilitationseinrichtungen gekoppelt, wobei sie hier einen entscheidenden Nachteil für Hochaltrige mit eingeschränkter Mobilität darstellen. Für ländliche Regionen bzw. Gebiete mit nicht ausreichend entwickelten Rehabilitationsstrukturen können ambulante Reha-Stationen eine flächendeckende Alternative darstellen. Das setzt jedoch eine intensive Zusammenarbeit von Hausarzt, Pflege, Krankengymnastik und Ergotherapie voraus.

Die Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation setzt Multidisziplinarität voraus, da ein breites Wissen benötigt wird. Ein geriatrisches Assessment, in das die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Professionen einfließen, ist die Basis der geriatrischen Rehabilitation. Es bildet eine Grundlage für die Festlegung der weiteren Behandlungsziele und -planung. Dabei sollte nicht nur fachübergreifend gearbeitet werden sondern auch einrichtungsübergreifend, und die informellen Hilfesysteme wie z. B. die Angehörigen sollten mit einbezogen werden.

Zentral wichtig für Rehabilitationserfolge ist die Kontinuität der Behandlung und Pflege. Die Rehabilitation im Alter ist kein kurzfristiger, durch Einzelmaßnahmen begrenzter Prozess, sondern muss in den meisten Fällen auf Dauer angelegt sein, um Erfolge zu stabilisieren (Kardoff 1999). Ein großes Problem der geriatrischen Rehabilitation ist jedoch die unzureichende Vernetzung der Anbieter untereinander. Die Ressourcen der einzelnen Versorgungseinrichtungen könnten durch Verbesserung der Koordination und Vernetzung effizienter genutzt werden. Eine einfache Zusammensetzung verschiedener Berufsgruppen reicht nicht aus, da gemeinsame Denkweisen und Handlungsgrundlagen Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind. Um dies zu erreichen, müssen die Berufsgruppen Handlungskompetenzen aufweisen, die ein gemeinsames Qualifizierungsprofil bilden (vgl. Kap. 4.8).

4.6.5.3 Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung wird hier als gesonderte Aufgabe für die Pflege dargestellt, obwohl sie eine Aufgabe für alle Personen ist, die einem Sterbenden nahe kommen. Sterbebegleitung ist für Professionelle insofern eine schwierige Aufgabe, als sie das Verlassen sonst wesentlicher Prinzipien erfordert, weil der Sterbeprozess unweigerlich mit dem Tod endet. Besserung, Aktivierung, Gesundheitsorientierung sind Ziele, die hier keine Bedeutung mehr haben (Rest 1998). Das Sterben als eine Lebensphase wird daher in Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern oder gar Altenheimen oft als Störung in der Arbeit erlebt. Wesentlich sind jedoch auch hier viele Elemente der bereits beschriebenen Beziehungsgestaltung mit dem Respekt vor der Autonomie des Sterbenden. Eine

Balance zwischen helfender Nähe und heilender Distanz ist dabei immer wieder neu zu finden (Mensdorf 2000).

Es werden verschiedene Kernbedürfnisse sterbender Menschen genannt (Aichmüller-Lietzmann 1998, Steinhauser et al. 2000):

- Im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, inmitten vertrauter Menschen zu Hause sterben zu können
- Keine starken körperlichen Beschwerden (z. B. Schmerzen) ertragen zu müssen
- Letzte Dinge regeln zu können, sich auf den Tod vorbereiten können
- Klare Entscheidungen und Mitsprache an medizinischen Behandlungen ermöglichen
- Fragen nach dem Sinn vom Leben und Sterben stellen zu können

Der Sterbeforscher Rest beschreibt die Begegnung im Sterbeprozess aus Sicht dessen, der den Sterbenden begleitet als eine dialogische, „zwiesprachliche“ (Rest 1998: 133) mit folgenden Kennzeichen:

- Gegenseitigkeit
- Anders sein: Respekt vor Intimität, Beibehaltung einer Grund-Distanz
- Unmittelbarkeit
- Ausschließlichkeit: auch mit dem Schutz vor der Neugier anderer
- Verantwortung: für die Fragen des Sterbenden, möglicherweise auch für die nichtgestellten Fragen.

Ein effektives Schmerzmanagement wird hier zu Lande häufig nicht gestaltet (Lutterotti 1994). Nach Eintritt des Todes stellt sich die Aufgabe der Unterstützung von Angehörigen, die sich sicher nach dem Tod Hochaltriger anders und einfacher gestaltet als bei jünger und unvermutet Gestorbenen. Bedacht werden sollte, dass sich oft auch bei den Angehörigen sehr alter Personen ein Gefühl der Erlöstheit einstellt, das dem Gefühl folgt, die Angehörige hätte nicht sterben können. Sterbebegleitung benötigt also gedankliche und zeitliche Freiräume sowie einen räumlichem Schutz, sie muss vor allem von den typischen Zeitstrukturen beruflicher Arbeit gelöst sein.

4.6.5.4 Ausgewählte Problembereiche der Pflege

Im Folgenden werden vor allem die spezifischen Problembereiche aufgeführt, zu denen empirische Forschungsergebnisse vorliegen und die als immer wiederkehrende besondere Anforderungen an die Pflege alter Menschen angesehen werden können. Gerade bei diesen – sich vor allem körperlich manifestierenden – Problemen erfordert die erhöhte Vulnerabilität Hochaltriger eine besondere Sorgfalt in der Pflege. Die im Folgenden genannten Phänomene sind auch bei Demenzkranken von großer Bedeutung und treten in Verbindung mit Demenz meist gehäuft auf. Die spezifischen Beeinträchtigungen Demenzkranker erschweren dazu noch die Anwendung vieler hier zu nennender möglicher Maßnahmen.

(a) Dekubitus

Die Verhinderung von Dekubitalulcera ist wahrscheinlich das meistbehandelte Thema der Literatur über Pflegemethoden, ganz sicher ist es eines der ältesten, seit über vorbeugende Maßnahmen der Pflege diskutiert wird (Schröder, G. 1997). Öffentliches Thema wurde es in den vergangenen Jahren, als Verstorbene in Altenheimen genauer pathologisch untersucht wurden und eine sehr hohe Dekubitusprävalenz festgestellt wurde (Heinemann et al. 2000). Ein Dekubitus gilt allgemein als Pflegefehler, wie bereits bei Florence Nightingale nachzulesen ist (Nightingale, F. 1969), obwohl nicht grundsätzlich jeder Dekubitus vermieden werden kann. Ein Zeichen für die Bedeutung der Dekubitusprävention in der Pflege ist die Entwicklung des ersten nationalen Qualitätsstandards in der Pflege zur Dekubitusprophylaxe (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2000) wie er in anderen Ländern ähnlich vorzufinden ist (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) 1994, Halfens & Eggink 1995).

Trotz dieser unstrittigen Bedeutung gibt es in Deutschland kaum flächendeckende Studien über Dekubitus-Prävalenz und -Inzidenz. So ist aufgrund fehlender Daten auch nichts über genauere Altersabhängigkeiten festzustellen. Zur Entstehung wird ein multifaktorielles Modell angenommen, dessen Risikofaktoren (Mobilitätsbeeinträchtigung, sensorische Wahrnehmung, schlechter Ernährungszustand, feuchte Haut insbesondere im Zusammenhang mit Inkontinenz, die Wirkung von Reibungskräften und Schwerkraft), mit steigendem Alter mit immer größerer Wahrscheinlichkeit auftreten und dann auch gehäuft vorzufinden sind. Grundlage prophylaktischer Maßnahmen sollte ein präzises Risikoassessment sein, für das eine Reihe unterschiedlich guter Skalen existiert, die in der Praxis Verbreitung gefunden haben (z. B. Zegelin 1997). Bei den prophylaktischen Maßnahmen steht die Druckentlastung im Vordergrund, die im Idealfall eine Bewegungsförderung ist, und im Übrigen mit entsprechenden Hilfsmitteln unterstützt werden kann. An den genannten Risikofaktoren wird jedoch bereits deutlich, dass ein Interaktion mit anderen Pflegediagnosen sehr wahrscheinlich ist. Insbesondere bei mobilitätsbeeinträchtigten demenzkranken Menschen ist ein hohes Dekubitusrisiko vorhanden.

Der nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in Deutschland hat den Anspruch, auf evidenzbasierte Ergebnisse zurückzugreifen. Obwohl zahlreiche Studien zur Dekubitusprophylaxe vorliegen, gibt es wenig exakt abgesicherte und auch klar vergleichbare Ergebnisse, sodass auch der deutsche Standard letztlich aufgrund eines Konsenses von Experten formuliert wurde (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2000). Bisher ist er der einzige Expertenstandard, weitere sollen folgen.

(b) Stürze

Stürze alter Menschen werden als eine der wesentlichen Ursachen von Verletzungen, vor allem von Schenkelhals-

frakturen, und dem Verlust von Unabhängigkeit im hohen Alter angesehen (Ross, J.E.R. et al. 1992). Frauen haben ein deutlich höheres Risiko als Männer, eine Fraktur zu erleiden (vgl. Kapitel 3.5.3.2.6). Häufige Ursachen sind Stürze aufgrund altersbedingter Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, vor allem des Ganggleichgewichts und zunehmender sensorischer Beeinträchtigungen (z. B. Sehfähigkeit), oft in Verbindung mit fehlender Bewegung und Medikamentenkonsum, vor allem Sedativa. Auch die als Risikofaktor nachgewiesene Inkontinenz ist alters- und geschlechtsabhängig. In einigen Studien zeigt sich, dass Hochaltrige weniger zu Stürzen neigen als jüngere alte Menschen, vor allem unter Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen. Als Erklärung dient dafür das selektive Überleben besonders gesunder Hochaltriger (Downton 1995).

Erst in jüngerer Zeit wurden Fragen der Sturzprophylaxe insbesondere in der stationären Pflege größere Aufmerksamkeit gewidmet (Tideiksaar 1999). Aufgabe der Pflege ist es, die Risikofaktoren zu erkennen und vor allem zu erkennen, bei welchen Personen die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung durch einen Sturz besonders hoch ist. Verschiedene Skalen zur Einschätzung des Sturzrisikos sind veröffentlicht (Heslin et al. 1992, Huhn 2000). Einfluss genommen werden kann auf das Umfeld, auf die Hilfen für die sensorische Wahrnehmung und u.U. auf die physische Kräftigung der Betroffenen. Einschränkungen der Mobilität aus Sicherheitsgründen sind kontraproduktiv, sie verstärken die Risikofaktoren, darüber hinaus ist Mobilitätsbeeinträchtigung ein Risikofaktor für weitere gesundheitliche Probleme.

Körperliche Aktivität bis ins hohe Alter kann eine Reduktion des Risikos einer Schenkelhalsfraktur um 50 % bewirken. Zu Beginn des Jahres 2001 wurde von einem multifaktoriellen Programm berichtet, mit dem in einem Modellversuch in Altenheimen der Stadt Ulm Stürze der Bewohnerinnen und Bewohner um ca. 40 % gesenkt werden konnten (Arbeitsgruppe Ulmer Modellvorhaben 2001). Als wahrscheinlich wirksame Interventionen zur Prävention von Stürzen werden in einer Veröffentlichung die folgenden genannt: Muskelstärkung, Tai Chi Übungen, genaues Assessment der Wohnungsrisiken und deren Beseitigung, Entzug psychotroper Medikamente und allgemein multidisziplinäre und multifaktorielle Interventionsprogramme (Gillespie et al. 2001).

Sei einigen Jahren sind mechanische Maßnahmen zur Polsterung der Hüfte, Hüftprotektoren, zunehmend in Gebrauch. Sie können zwar keinen Sturz verhindern, dafür aber durch das Abfedern des Sturzes eine Fraktur. Kleinere amerikanische Studien haben gezeigt, dass kognitiv gesunde Heimbewohner keine Probleme haben, Hüftprotektoren zu tragen, dagegen werden sie von Demenzkranken häufiger abgelehnt; teilweise wurden diese auch durch das Tragen eines Hüftprotektors agitiert (Ross, J.E.R. et al. 1992). Zumindest bei Personen mit einem sehr hohen Risiko für Frakturen kann mit Hüftprotektoren dieses Risiko gemindert werden, für Personen mit geringeren Risiken ist dies kaum gesichert (Parker et al. 2001).

(c) Fehlernährung und Flüssigkeitsmangel (Dehydratation)

Über die Ernährungssituation und die Fehler bei der Unterstützung beim Essen und Trinken gibt es verschiedene Untersuchungen vor allem in den USA (als Übersicht Burger et al. 2000). Demnach sind in US-amerikanischen Altenheimen ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner (35-85 %) fehlernährt und untergewichtig. Diese Ernährungszustände sind mit weiteren Gesundheitsproblemen verbunden wie z. B. Dekubitalulcera, Verwirrung, reduzierte Wundheilung und Schenkelhalsfrakturen. Als Folge der Fehlernährung werden Müdigkeit und darauf folgend Immobilität (Bettlägerigkeit) sowie Depressivität genannt. Mobilitätsreduktion wiederum kann als eines der großen Gesundheitsrisiken bezeichnet werden (Ulmer & Saller 1994).

Der im Alter häufig reduzierte Appetit, verstärkt möglicherweise durch so genannte altersgerechte Mahlzeiten sowie verlangsamte Verhaltens- und Reaktionsweisen, erfordert für die Unterstützung beim Essen erhöhte Geduld und Fähigkeiten zur Anregung. Hinzu kommen die gerade bei Hochaltrigkeit vermehrt auftretenden Schluckstörungen, deren Vernachlässigung leicht zu Aspirationspneumonie führen kann. Ganz besonders schwierig kann die Situation bei Demenzkranken sein, die häufiger Schluckstörungen aufweisen und eher unterernährt sind (Keller 1993). Hier zeigt sich möglicherweise eine gegenseitige negative Verstärkung, da die Mangelernährung kognitive Leistungen deutlich verschlechtert (Stähelin 1999).

Die benötigte Zeitdauer für die Unterstützung beim Essen wird häufig unterschätzt (Bartholomeyczik 2002), ebenso wird die Bedeutung der Unterstützung beim Essen als pflegerische Leistung viel zu gering geschätzt und daher gerne an Hilfskräfte delegiert (Deutekom 1989). Ähnliche Probleme stellen sich bei der Flüssigkeitsaufnahme dar, Dehydratation ist eine weit verbreitete Folge, sie ist ein Risikofaktor für Verwirrtheits- und Unruhezustände sowie Verstärker von Harninkontinenz und Ursache von Obstipation.

(d) Inkontinenz

Probleme mit der Ausscheidung, die sehr häufig Inkontinenz und darunter wiederum in erster Linie Urininkontinenz bedeuten, spielen nach der Statistik bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung eine bedeutsame Rolle. Bereits in Pflegestufe 1 finden sich hier Beeinträchtigungen, die in Pflegestufe III besonders stark ausgeprägt sind (Bartholomeyczik et al. 1998).

Es wird angenommen, dass etwa ein Drittel der Pflegezeit in der häuslichen Pflege auf die Pflege bei Inkontinenz entfällt, und dass vermutlich ca. ein Viertel der Pflegeheimaufnahmen mit Inkontinenz zusammenhängen (Runge & Rehfeld 1995). Diese Angaben sind relativ undifferenziert, da in den quantitativen Begutachtungsdaten für die Leistungen der Pflegeversicherung nicht grundsätzlich zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unterschieden wird.

Die häufigste Form ist die Urininkontinenz, bei der es allerdings unterschiedliche Ursachen und vor allem

unterschiedliche Ausprägungen gibt. Besonders häufig ist bei alten Menschen die Stressinkontinenz. Sie ist vor allem ein Problem bei Frauen, ca. 15 % aller über 60-jährigen Frauen wurden 1990 als inkontinent eingeschätzt, wobei eine klare Zunahme mit fortschreitendem Lebensalter zu registrieren ist (Gesellschaft für Inkontinenzhilfe 1998).

Multimorbidität im hohen Alter geht fast immer mit (Urin-)Inkontinenz einher, bei mehr als sechs Hauptdiagnosen liegt die Wahrscheinlichkeit von Inkontinenz bei 90 % (Runge & Rehfeld 1995). Demenzkranke leiden sehr viel häufiger unter Inkontinenz als andere alte Menschen (Borchelt et al. 1996), und bei bis zu drei Viertel aller Menschen mit Hirnleistungsstörungen ist Urininkontinenz vorzufinden.

Eine frühe Diagnostik der Urininkontinenz ermöglicht in vielen Fällen Linderung oder Besserung mit entsprechenden Maßnahmen. Dies ist jedoch sehr schwierig, da gerade Anfangsstadien wegen der mit Inkontinenz verbundenen Scham eher verleugnet werden. Inkontinenz jeder Art bedingt sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für die Pflegeperson eine große psychische Belastung, womit die oft anzutreffende Verdrängung und damit auch Vernachlässigung des Themas verbunden ist. Da neben medizinischen Behandlungsmöglichkeiten rehabilitierende Wirkungen durch Verhaltensänderungen erzielt werden können, ergeben sich auch hier für die Pflege wichtige Aufgaben (zusammenfassend für Toilettentraining: Wells 1992). Nicht unterschätzt werden dürfen auch bei Hochaltrigen potenziell positive Wirkungen eines Beckenbodentrainings oder anderer Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur. Katheterisieren ist keine Therapie, sondern nur eine Hilfe zur Förderung des Abflusses, wenn andere Maßnahmen nicht wirken, um Schäden des Urogenitaltraktes zu vermeiden (Hoogers 1993).

Pflegefehler finden sich bei der Unterstützung reduzierter Flüssigkeitsaufnahme mit der Vorstellung, die Sichtbarkeit der Inkontinenz zu reduzieren. Inkontinenzhilfen werden nicht sachgerecht eingesetzt, sondern danach ausgesucht, dass ein Wechsel möglichst selten notwendig wird. Verhaltensmodifikationen sind oft nicht bekannt, vorhandene Fähigkeiten werden nicht erkannt, und die zunächst in einem geringeren Grad vorhandene Inkontinenz wird verstärkt (Brucker 2000).

(e) Qualitätsprüfungen

Leistungserbringer von Pflege sind nach SGB XI zur Beteiligung an der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet. Dies führte zu einem neuen Anbietermarkt mit einer reichhaltigen Zahl an Qualitätsgütesiegeln, die zu großen Teilen kritisiert werden, weil sie vor allem das Qualitätsmanagement regeln, ohne zwingend die Qualität inhaltlich zu entwickeln.

Die Überprüfung der Qualität beruflich erbrachter pflegerischer Leistungen ist in „gemeinsamen Grundsätzen“, die die Spitzenverbände der Pflegekassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen verabschiedet haben, inhaltlich beschrieben und geregelt. Im Folgenden soll zunächst die Strukturqualität unberücksichtigt bleiben (vgl. Kap. 4.8), auch wenn die Strukturen notwendige Voraussetzungen für Prozess- und Ergebnisqualitäten sind.

Der MDK übernimmt stichprobenartig und auf Anfrage Qualitätsüberprüfungen nach dem „MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI“. Im Jahr 2000 wurden diese differenzierter weiterentwickelt (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 2000). Da Strukturdaten relativ einfach zu erheben sind, stehen diese in den Ergebnissen der ersten flächendeckenden Überprüfungen im Vordergrund (z. B. Zink et al. 2000, Gnädig 2000).

Bisher liegen Auswertungen von über 4000 Qualitätsprüfungen vor, die zumindest Hinweise auf Problemschwerpunkte liefern können (vgl. Brucker 2000). Das entspricht ca. 15 % aller Pflegeeinrichtungen. Von diesen Prüfungen fanden etwas mehr als die Hälfte in der stationären Altenpflege statt. Im Vordergrund der festgestellten Mängel im Bereich der Prozessqualität steht das Problem, dass der Pflegeprozess aus der Dokumentation nicht klar erkennbar ist. Weiterhin ist verbreitet zu finden, dass die Pflege passivierend durchgeführt wird, die geforderte Förderung von Fähigkeiten also fehlt. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung werden ebenso als defizitär beschrieben wie die Dekubitusprophylaxe und die Inkontinenzversorgung. Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege erscheint die Versorgung „gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter“ in vielen Fällen unzureichend.

Differenziertere qualitative und quantitative Aussagen über einen potenziellen Altersbezug oder die Pflege demenziell Erkrankter als Ergebnis der MDK-Überprüfungen lassen sich nicht finden (auch nicht im Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung 1999). Genauere Überprüfungen von Ergebnisindikatoren liegen im Zusammenhang mit SGB XI Prüfungen nicht vor. Hier müssen einzelne Studien als Hinweis auf einen Gesamtzustand herangezogen werden, so z. B. die öffentlich viel zitierte Prävalenzstudie zu Dekubitalgeschwüren (Heinemann et al. 2000). Als die wichtigsten Forschungsbereiche der US-amerikanischen Altenpflege werden die Pflegebeziehung, Missbrauch (Gewalt), Inkontinenz, Verwirrtheit und Dekubitalulcera genannt (Buckwalter & Gardner 1998).

(f) Gewalt in der beruflichen Altenpflege

Unstrittig ist, dass Gewalt in Pflegebeziehungen ein bedeutsames Problem darstellt, was sich auch in Initiativen der letzten Jahre zeigt, die sich vor allem mit Gewalt in der stationären Altenpflege auseinander gesetzt haben. Über Gewalt gegen Pflegende in der stationären Altenpflege ist wenig bekannt, noch weniger als über Gewalt von Pflegenden gegenüber alten Menschen. Pflegende sind aber auch selbst Opfer von Gewalt, insbesondere durch verwirrte und psychisch veränderte Bewohnerinnen und Bewohner. Es wird sogar dargestellt, dass diese erwartet, toleriert und akzeptiert sei, dass sie dem normalen

Erwartungshorizont in der Altenpflege entspreche (nach Görgen et al. 2000).

Das Thema der Gewalt von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenpflegeheimen wurde in verschiedenen Tagungen diskutiert, um es aus dem Tabubereich herauszuholen, ihm eine Sprache zu geben und damit als ein bearbeitbares Problem bewusst zu machen. Projekte und Resolutionen gegen Gewalt in der Pflege wurden verabschiedet (Aktion gegen Gewalt in der Pflege 1999).

Gewalt kann ohne aggressive Absicht erfolgen, und es wird vermutet, dass dies in der Altenpflege eher vorzufinden ist als die Aggression mit schädigender Absicht (Meyer, M. 1998). Strukturelle Gewalt kann z. B. bereits die Nötigung eines alten Menschen sein, mit einer wildfremden Person in einem Zimmer zusammen wohnen zu müssen. Verbreitet ist personale Gewalt, die sich vor allem in Vernachlässigung oder Missbrauch zeigt. Als Vernachlässigung kann bereits eine mangelhafte, nachlässige Pflege (Sowinski 1999) bezeichnet werden oder das schlichte Unterlassen von Hilfe- oder Pflegehandlungen, entweder unbeabsichtigt oder beabsichtigt (Pillemer 1988).

Über das Vorkommen von Gewalt in der Pflege gibt es sowohl wegen der unterschiedlichen Definitionen als auch wegen des Themas als Tabubereich kaum genauere Angaben. Aus Kanada wird von Gewalt berichtet, die sich vor allem gegen kognitiv beeinträchtigte Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand richtet (McDonald et al. 1998). Es ist davon auszugehen, dass verbaler Missbrauch weit häufiger als physischer Missbrauch ist (Görgen 1999). In einer schriftlichen Befragung wurden 79 Pflegende in Altenheimen, von denen etwa die Hälfte eine Pflegeausbildung abgeschlossen hat, gefragt, welche Gewalttaten sie in den letzten zwölf Monaten von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und/oder Bewohnern beobachtet haben (Görgen et al. 2000). Es kristallisieren sich dabei eine Reihe von Problemfeldern heraus:

– Gewalt gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern dient oft dem Ziel, ihren Widerstand zu brechen, vor allem um Arbeiten schneller zu erledigen, insbesondere bei der Intimpflege, dem Essenanreichen, dem Ankleiden und der Verabreichung von Medikamenten.

– Über die Prävalenz massiver körperliche Gewalt ist nur wenig bekannt, Dunkelfeldstudien sind hierfür notwendig.

– Verbale Aggressionen werden als kaum erklärungsbedürftig dargestellt, es finden sich hier Tendenzen zur Normalisierung, Entschuldigung und Rechtfertigung.

– Obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pflegende häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung. Fixierungsmaßnahmen werden vor allem mit einem Schutz vor Stürzen gerechtfertigt, Pflegende erleben hier einen Konflikt zwischen Aufsichtsverletzung und Freiheitsberaubung.

– Schließlich werden subtilere Formen der Bewegungseinschränkungen genannt, wenn vollständig auf Hilfe angewiesene Bewohnerinnen und Bewohner bewusst nicht aus dem Bett geholt oder aus dem Sessel geholfen wird.

– Insbesondere hochaltrige Frauen werden als Gewaltopfer benannt, da sie eine lebensgeschichtlich gewachsene Autoritätshörigkeit aufweisen, genügsam sind, eigene Bedürfnisse eher zurückhalten und niemandem zur Last fallen wollen.

Am häufigsten wurde Folgendes genannt: Bewohnerinnen und Bewohner anschreien, beschimpfen, nicht rasieren, absichtlich ignorieren, nicht rechtzeitig umlagern, aus arbeitsökonomischen Motiven Sedativa verabreichen. Die Autoren dieser Studie kommen zu dem Schluss, dass pflegerische Vernachlässigung und der Gebrauch freiheitseinschränkender Maßnahmen wahrscheinlich in stärkerem Maße mit den Strukturen (z. B. zu wenig oder mangelhaft qualifiziertes Personal) der Heime verbunden sind als Formen der physischen und psychischen Misshandlung. Ursachen für Gewalt in der beruflich ausgeübten Pflege können grob auf vier Ebenen gesehen werden:

– Altenpflege an sich: Altenpflege wird oft als „Endlospflege“ wahrgenommen, die auch bei bestem Bemühen und größter „Aktivierung“ unausweichlich zu Verschlechterung des Zustands und letztlich zum Tode führt. Übliche Erfolgserlebnisse im Sinne einer Entlassung oder Gesundung gibt es nicht.

– Strukturen, Arbeitsbedingungen: In allen Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen in der Altenpflege steht der hohe Zeitdruck als besonderer Stressfaktor im Vordergrund (z. B. Zimber et al. 1999). Der inzwischen gerade in der stationären Altenpflege drastisch sichtbar werdende Personalmangel führt dazu, dass Beziehungen kaum aufgebaut werden können oder ganz vermieden werden, dass es zwar zu körperlicher Nähe durch die Pflege kommt, aber eine seelische Distanz bleibt (Meyer, M. 1998). Verbunden ist damit auch häufig eine mangelnde Wahrung der Intim- und Privatsphäre.

– Ausbildung: Die Altenpflegeausbildung bereitet in der Regel nicht gezielt auf die Bearbeitung von Gewalt vor, die vor allem ohne aggressive Absicht leicht Bestandteil der Pflege von äußerst pflegeabhängigen Personen werden kann, gerade wenn ein hoher Zeitdruck verinnerlicht ist. Fehlende Beziehungskompetenzen sind eine wichtige Ursache von Burn-Out, das wiederum ein hoher Risikofaktor für Gewalt in der Pflege ist (z. B. Görgen 1999). Hinzu kommt, dass ein großer Anteil der Pflegenden in Altenpflegeheimen keine Pflegeausbildung hat und daher noch weniger auf potenzielle Kompetenzen zur Gewaltprävention zurückgreifen kann.

– Diskrepanz zwischen ethischen Ansprüchen und Möglichkeiten: Die ethischen Ansprüche in der Pflege werden üblicherweise als absolute Ansprüche formuliert. Nächstenliebe als ursprüngliches Motiv des Helfens erlaubt keine Aggression oder Wut und hat den Anspruch alle gleich liebevoll zu behandeln (Kaiser 1993). Mit

diesem Anspruch sind Aggressionen verwerflich, werden tabuisiert und können somit nicht bearbeitet werden. Der totale Anspruch dieser Werteskala bringt es mit sich, dass er nie erfüllt werden, aber auch nicht bearbeitet werden kann.

Letztlich führen die genannten Gründe zu umfassender Hilflosigkeit, die auf den genannten unterschiedlichen Ebenen bearbeitet werden muss, wenn sie sich nicht gegen alle Beteiligten, vor allem die Schwächeren, nämlich die Pflegebedürftigen, und hier insbesondere die Hochaltrigen, Verwirrten und Demenzkranken wenden soll.

4.6.6 Besondere Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken[41]

Im Rahmen der professionellen Betreuung Hochaltriger und Demenzkranker kommt der beruflich ausgeübten Pflege insofern eine besondere Bedeutung zu, weil die Pflegenden in der Regel diejenigen unter den Fachpersonen sind, die am häufigsten und längsten jeweils mit den Pflegebedürftigen Kontakt haben. Die Betreuung Hochaltriger umfasst im häuslichen Umfeld auch das direkte soziale Umfeld, meist die Angehörigen. Neben der Verantwortung für die Qualität in der direkten Pflege haben Pflegefachpersonen auch die Verantwortung für das Hinzuziehen weiterer Fachpersonen. Das bedeutet, sich der eigenen professionellen Kompetenz sicher zu sein und die eigenen Grenzen zu kennen.

Alle Kompetenzen, die im Folgenden angesprochen werden, gelten allgemein für die Pflege sehr alter Menschen und auch für die Pflege Demenzkranker. Für die letztere Gruppe jedoch müssen diese Kompetenzen vertiefter und vor allem möglichst mit spezifischer Erfahrung angereichert sein. Darüber hinaus sind besondere Kompetenzen und Methoden zu nennen, die insbesondere für die fördernde Pflege Demenzkranker als Voraussetzung anzusehen sind. Insgesamt können die notwendigen Kompetenzen unterschieden werden in solche, die erlernt werden können und solche, die personengebunden sind. Letzteres bedeutet, dass gerade in der Pflege alter Menschen und hier noch einmal verstärkt bei der Betreuung Demenzkranker persönliche Voraussetzungen wichtig sind, also nicht jede Person für Alten- oder Dementenpflege geeignet ist.

Neben der Fähigkeit zu einer effektiven Pflege im Sinne der Pflegebedürftigen haben umfassende Kompetenzen auch wichtige Sekundärfunktionen. Schwerstpflegebedürftigkeit im hohen Alter, schwerste Formen der Demenz erzeugen u. U. einen „pflegerischen Nihilismus“, Maßnahmen werden grundsätzlich als ziel- und erfolglos angesehen, jede Art pflegerischer Bemühungen erscheint eigentlich als überflüssig. Ein derartiger pflegerischer Nihilismus kann Folge oder Grundlage von Burn-Out oder möglicherweise von Gewalt sein. Dies zeigt sich insbesondere in der schwierigen Situation bei der Pflege Demenzkranker. Angelernte und schlecht qualifizierte Pflegende ergreifen eher als spezifisch ausgebildetes Personal (mit Zusatzqualifikation in der Pflege chronisch verwirrter Menschen) rigide Maßnahmen als Reaktion auf herausfordernde Verhaltensweisen, da ihnen Kenntnisse und Fertigkeiten für alternative Pflegemaßnahmen fehlen.[42] Alarmierend sind auch Befragungsergebnisse, die belegen, dass eine geringe Qualifikation von Pflegenden Demenzkranker eher mit der Befürwortung eines Therapie- und Pflegeverzichts und sogar der aktiven Euthanasie einhergeht. In einer schwedischen Studie werden folgende Faktoren als signifikant für die Tendenz zum Behandlungsverzicht und zur Befürwortung der aktiven Euthanasie identifiziert: Berufsunzufriedenheit, Burn-Out, niedriges Lebensalter und das Fehlen einer Person im persönlichen Umkreis, die einen längeren Pflegebedarf hat (Waxman et al. 1988).

Umfassende Kenntnisse und Kompetenzen bilden also eine wichtige Grundlage, um Burn-Out und Gewalt vorzubeugen. Grundlage für eine fundierte Pflege und einen personenfördernden Umgang mit Hochaltrigen und Demenzkranken sind folgende Kompetenzen:

Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung

Insbesondere bei Personen im hohen Alter ist Pflege auf Kontinuität auf der Grundlage langfristiger Beziehungen angewiesen, um eine wirksame Unterstützung für Pflegebedürftige erbringen zu können. Anforderungen an die pflegerische Beziehung sind in der Altenpflege als besonders hoch einzustufen. Grundlage hierfür ist das „hermeneutische Fallverstehen“, das einen Perspektivwechsel voraussetzt. Hier fehlt es häufig sowohl an kognitiven Grundlagen als auch an Übung und schließlich an Unterstützung und Bearbeitungsmöglichkeiten, z. B. im Sinne einer Supervision.

Die Pflegesituation ist aus dem Erleben des Pflegebedürftigen her zu beurteilen. Unter dem Aspekt, dass Pflegende in der Regel mindestens eine, oft zwei Generationen jünger sind als Hochaltrige und viele Demenzkranke, sind hier auch allgemeine Kenntnisse über die Geschichte dieser Alterskohorten hilfreich (z. B. Erlebnisse in Inflations-, Kriegs- und Hungerjahren). Der Erkundung der individuellen Biografie kann darauf aufbauend besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In fortgeschritteneren Stadien können Demenzkranke oft nicht mehr nach ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen befragt werden, hier muss ein Verstehen mit anderen Mitteln erfolgen. Tagesschwankungen in den Fähigkeiten müssen wahrgenommen und die jeweilige Befindlichkeit empathisch erspürt werden können. „Bewusstseinsinseln“ bzw.

---

[41] Dieser Abschnitt basiert zu großen Teilen auf einer Expertise für den 4. Altenbericht von Frau Prof Schwerdt und Frau Tschainer (Deutsche Alzheimer Gesellschaft) „Spezifische Anforderungen an die Pflege demetiell erkrankter Menschen“ Schwerdt & Tschainer 2001.

[42] ”Besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualifikation von Pflegenden und der Häufigkeit Freiheitsbeschränkender Maßnahmen bzw. den Kenntnissen und der Anwendung pflegerischer Alternativen in Altenpflegeheimen?” Lernforschungsprojekt an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland (Abtlg. Osnabrück), Fachbereich Gesundheitspflege, Studiengang Pflegepädagogik (PP2), begleitet von Prof. Dr. Ruth Schwerdt M.A.

„Lichtungen des Bewusstseins“ müssen entdeckt, besser noch: gesucht werden (Richard 1994). Solche Inseln scheinen häufig ganz unerwartet in besonders entspannten, anheimelnden Situationen auf, z. B. wenn eine Pflegende eine „weglaufgefährdete“ Frau an ihrer Vesper teilnehmen lässt, um sie in ihrer Pause sicher zu wissen. Die Pausenatmosphäre kann diese Frau, die im Alltag kaum mehr spricht, animieren, auf einmal ihre Pläne mitzuteilen. Diese Gelegenheiten erlauben zeitweise einen Einblick in die Wirklichkeit des dementen Menschen. Sie geben die Chance, etwas über seine Lebenswelt und seine Daseinsthemen zu erfahren.

Selbstreflexive Kompetenz

Ohne Selbstreflexion droht die Arbeit in der Altenpflege entweder zur unangemessenen Routine zu verflachen oder in Überforderung zu ersticken mit dem gleichen Ergebnis des Rückzugs aus der pflegerischen Beziehung und der Reduktion von Pflege auf handwerkliche Arbeitsabläufe. Die Pflegende muss bereit sein, eine „professionelle Haltung“ einzunehmen, die von der Bereitschaft bestimmt ist, alle bisher erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten als vorläufig zu betrachten. Sie muss ihre Erfahrungen stets infrage stellen können und an den Anforderungen der Praxis und an neuen Erkenntnissen relativieren. Dies sind sehr hohe Anforderungen, die realistischerweise nicht ständig zu erfüllen sind. Um so wichtiger sind bewusst eingelegte „Reflexionspausen“, die angesichts des unter Zeitdruck stehenden Pflegealltags sorgfältig geplant werden müssen. Im Englischen wird hier der „reflective practitioner“ gefordert (Johns & Freshwater 2000). Diese Selbstreflexion sollte möglichst auch unterstützt werden, vor allem in Pflegebereichen mit vielen Schwerstpflegebedürftigen und Demenzkranken in Form von Balintgruppen oder Supervision.

Klinische Beurteilungskompetenz

Der erste Schritt im Pflegeprozess, die Pflegediagnostik, spielt gerade in der Altenpflege und hier ganz besonders in der Pflege Demenzkranker eine Rolle, die ihr häufig noch nicht zugestanden wird. Gegenstand der Diagnostik ist neben der Pflegediagnose (dem Assessment des Zustands) auch das der Handlungs- und Bewältigungspotenziale der Pflegebedürftigen, da sich darauf pflegerische Maßnahmen richten. In die klinische Beurteilung muss bei der Pflege zu Hause – je nach Situation – auch die Beurteilung der gesamten Situation eingeschlossen werden, also die Fähigkeiten und Belastungen pflegender Angehöriger sowie, die Möglichkeiten zur Optimierung des häuslichen Umfelds. Darüber hinaus muss auch eine Beurteilung erfolgen, inwieweit andere Professionen hinzugezogen werden müssen. Dieses erfordert eine Sicherheit als Fachperson, ein sich Sichersein in seiner Fachlichkeit und natürlich eine Kenntnis der eigenen Grenzen. Ein derartiges Selbstverständnis ist jedoch nicht unbedingt selbstverständlich in der Altenpflege.

Ein differenziertes klinisches Urteilsvermögen ist vonnöten, mithilfe dessen bedeutsame individuelle Unterschiede in der Symptomatik und im Erleben der Demenz erkannt werden können. Dabei darf die eigene, persönliche Erlebensweise nicht verallgemeinert werden; Stereotypisierungen sind problematisch. Wenn z. B. eine pflegebedürftige Demenzkranke spätnachmittags Unruhe zeigt, sind vielfältige Ursachenbedingungen zur Abklärung in Betracht zu ziehen: Will sie heim zu den Eltern oder verspürt sie Harndrang, leidet sie unter Obstipation oder Schmerz? Hat sie Durst? Bewirkt eine Veränderung ihrer Medikation die Unruhe? Vermisst sie Ansprache? Ist sie körperlich und sensorisch unterfordert (Thomsen 1999)? Gab es eine Veränderung, die sie beunruhigt (z. B. das Auftreten einer fremden Person, eine Veränderung der Einrichtung, ein Geräusch, das negative Erinnerungen weckt)?

In der Praxis zeigt sich oftmals, dass die Bedeutung des klinischen Assessments als Basis einer Pflegeplanung nicht gesehen wird, da in Pflegedokumentationen oft eine ausführliche Anamnese unverbunden neben einer Pflegeplanung steht (Brucker 2000).

Kompetenz zum ethischen Urteil

Das geforderte klinische Urteilsvermögen reicht allerdings nicht aus, um adäquate Entscheidungen zu treffen. Nicht nur die Altenpflege ist durch alltägliche ethische Dilemmata gekennzeichnet, die dadurch auftreten, dass fachlich als notwendig angesehene Maßnahmen von der Pflegebedürftigen verweigert werden. Hier ist jedes Mal neu zu entscheiden zwischen der grundsätzlich zu respektierenden Autonomie der Pflegebedürftigen und der Förderung ihrer Fähigkeiten und damit möglicherweise weit reichenden negativen gesundheitlichen Folgen.

Im Umgang mit Demenzkranken werden die Situationen meist komplexer, in denen ein ethisches Urteilsvermögen gefordert wird, um zwischen Zulassen und Einschränken abwägen zu können. Würde z. B. eine „weglaufgefährdete“ Pflegebedürftige, die bereits einmal folgenschwer gestürzt ist, ungehindert täglich eine frühere Wohnung oder Arbeitsstätte aufsuchen, so ist für Pflegende sowohl die Beaufsichtigung als auch die Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit ein dringendes Gebot. In diesem Dilemma ist das Risiko der Verletzung aufgrund eines Sturzes, einer Unterkühlung oder Erschöpfung sorgfältig – möglichst anhand der Anwendung eines Standards zur Sturzprävention und individueller Beobachtung – einzuschätzen. Ein wiederholtes Nachgehen kann das Risikoassessment weiter konkretisieren. Größtmögliche Bewegungsfreiheit ist durch eine Reihe von Maßnahmen zu erreichen, die die Beaufsichtigung nicht grundsätzlich außer Acht lassen.

Kenntnisse und Handlungskompetenzen hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen

Diese Kenntnisse, die traditionellerweise im Mittelpunkt der Berufsausbildung stehen, werden oft als einfach angesehen und daher auch nach Anleitung von Hilfskräften erwartet. Da sich aber pflegerisches Handeln nicht auf technisch korrekte Abläufe reduzieren kann, wenn es angemessen sein soll, muss hier vorsichtig abgewogen wer-

den. Dies gilt für die Pflege Demenzkranker in einem höheren Maße als bei weniger beeinträchtigten Personen.

Alltägliche Pflegesituationen wie die Morgentoilette und die Mahlzeiten stellen an demenzkranke Menschen höchste Anforderungen; sie stellen für sie also Stresssituationen dar. In diesen wiederkehrenden komplexen Pflegehandlungen können alle Pflegeziele verfolgt und Elemente von Pflegekonzeptionen kreativ angewendet werden, beispielsweise die anregende oder beruhigende Körperwaschung aus der „Basalen Stimulation®“ unter Einbeziehung von Elementen des Snoezelen (Hulsegge & Verheul 2000) und des Kommunikationsansatzes der Validation.

Pflegende müssen in der Lage sein, die Kommunikationsangebote des Kranken wahrzunehmen und handlungsinduzierende oder lenkende Reize zu geben, um ein Gefühl des Versagens zu vermeiden. Sie müssen aber auch erkennen können, wo im Gegenteil Ablenkung angezeigt ist. Das abendliche Umkleideritual gestaltet sich u. U. mühelos, wenn währenddessen ein Volkslied gesungen wird, das der betreffenden Person besonders lieb ist. Wenn diese dabei Gelegenheit hat, einer jüngeren Person ein neues Lied beizubringen, kann es sogar ein Erfolgserlebnis sein.

Werden diese Situationen nicht als wertvolle Chancen einer personfördernden Pflege genutzt, können sie leicht zu schädigenden Stresssituationen für den demenzkranken Menschen führen, die nicht selten in Zwang ausarten und zu Gewalt (auf beiden Seiten) eskalieren: Das Auftreten von Aggressivität hängt in vielen Fällen mit Pflegehandlungen zusammen. Zeigen Demenzkranke Menschen Aggressivität, so ist sie überwiegend gegen Pflegende gerichtet. In vielen Fällen ist sie als Abwehr von Überforderung bei der Durchführung von Pflegehandlungen wie An- oder Umkleiden, Transferieren oder Unterstützung beim Essen einzustufen (Lind 2000).

Validation als ein wichtiges grundlegendes Verhalten im Umgang mit alten und vor allem demenzkranken Personen sollte kompetent angewandt werden können. Verschiedene validierende Techniken der Kommunikation mit demenzkranken Menschen, die die Elemente der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers aufnehmen (Echtheit, Empathie, Wertschätzung) wurden zunächst in den USA (Feil 1999), aber auch in europäischen Ländern erarbeitet (Kooij 1993, Richard 1994). Wenn der Anlass der oben genannten Unruhe das „Heimwollen“ ist, kann eine Validierung ihrer Sorge um die Eltern der Pflegebedürftigen Sicherheit darin geben, ihre Aufgaben zu erfüllen, sodass sie sich beruhigen kann. Da die verbalen Fähigkeiten im Demenzprozess zunehmend nachlassen, muss die verbale Ansprache angepasst erfolgen (kurze, eindeutige Botschaften). Der „fördernden Berührung“ in der Kommunikation kommt eine elementare Bedeutung zu.

Zu den pflegerischen Maßnahmen gehören Beratung und Anleitung, nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch der Personen im direkten sozialen Umfeld. Hilfsmittel als Unterstützung von Unabhängigkeit oder zur Erleichterung von Pflege müssen individuell angepasst und deren Nutzung evtl. unterstützt werden. Zwar findet die Anpassung z. B. durch Sanitätsgeschäfte meist individuell statt, viele Hilfsmittel werden aber dennoch ungenutzt abgestellt, kontinuierliche Unterstützung ist gefordert. Beratung muss sich auch auf Versorgungsinstitutionen, auf die Möglichkeiten weiterer Hilfe beziehen. Pflegende müssen Kenntnisse dieser Strukturen besitzen, der gesetzlichen Möglichkeiten und der Finanzierungsgrundlagen. Beratung heißt jedoch auch, die Methode Beratung und Anleitung professionell zu beherrschen, was insbesondere bei Hochaltrigen häufiger besonderer Kompetenzen bedarf.

Managementkompetenzen

Zunächst ist hierunter das Management der Pflege und Betreuung eines Pflegebedürftigen zu verstehen, das Management des Prozesses einer Betreuung, der verschiedenen Hilfen im Sinne des Pflegebedürftigen. Prozessverantwortung und Prozesssteuerung in der Pflege stellen die zentralen professionellen Aufgaben und Verantwortungsbereiche dar und sollten nicht an Hilfskräfte abgegeben werden. Die Delegation von Pflegeaufgaben an Hilfskräfte darf außerdem nicht – wie häufig in der Praxis zu beobachten – davon abhängen, wie die Aufgabe überschrieben ist, z. B. „Hilfe beim Essen“ oder „Körperpflege“, sondern nur davon, in welchem Zustand sich die Pflegebedürftige befindet und wie eine sorgfältige klinische Beurteilung ausfällt.

Im Rahmen von Managementkompetenzen sind auch die des Zeitmanagements zu nennen. Hierunter ist sowohl das allgemeine Zielmanagment in Arbeitsabläufen zu fassen als auch der Umgang mit Zeit in der direkten Pflege Der Umgang mit Hochaltrigen erfordert mehr Zeit als mit jungen Menschen, die sich schneller umstellen und anpassen können. Stärker wirksam wird dies im Umgang mit Demenzkranken, eine qualitativ hochwertige Pflege erfordert hier mehr Zeitaufwand als die Pflege von Menschen ohne kognitive Leistungsdefizite (vgl. Lind 2000). Demenzkranken Menschen steht nicht die Bewältigungsstrategie der kognitiven Umstrukturierung zur Verfügung, d. h. sie können nicht z. B. eine Situation mit akutem Personalmangel und Zeitdruck oder aktuell erforderlicher Unruhe oder Schmerz in Hinblick auf spätere Kompensationen relativieren. Sie sind in ihrer Befindlichkeit ausnahmslos auf eine angepasste, ruhige Kommunikation angewiesen. Eine Personorientierung wirkt sich unmittelbar symptommindernd aus; und „Zeit nehmen muss bei der Demenzpflege geradezu als ein Therapeutikum aufgefaßt werden, denn nur bei ruhigem, geduldigem Eingehen auf den Bewohner lässt sich eine Pflege ohne Widerstand und Verweigerung realisieren“ (Lind 2000: 50). Umgebungswechsel z. B. infolge einer Krankenhauseinweisung, schmerzhafte Untersuchungen oder eine gehetzte Körperpflege verstören sie sehr nachhaltig.

Diese Form des Zeitmanagements bedarf allerdings auch organisatorischer Mindestrahmenbedingungen hinsichtlich der personellen Ressourcen. Zu den Managementkompetenzen gehören schließlich noch die Gestaltung von Tagesabläufen und die Milieugestaltung, die in der Pflege Demenzkranker von besonders großer Bedeutung sind.

Gestaltungsziele sollten Stabilität in der Tagesstruktur und die Möglichkeit von Sinneserfahrungen und Akzeptanz sein.

Diese Managementkompetenz sollte sich auch auf Übergänge beziehen, die in den Pflegebedürftigkeitskarrieren (Traject) entstehen. Hier sind nicht nur Management- sondern auch Kooperationskompetenzen gefragt (vgl. Höhmann 2001b). Es erwachsen neue Aufgaben für die Pflege als der Berufsgruppe, die am häufigsten im direkten Umfeld des Pflegebedürftigen und mit ihm tätig wird, ein Verlaufsmanagement sicher zu stellen, das die Perspektive des Pflegebedürftigen im Mittelpunkt hat (vgl. auch Dritter Altenbericht und Schaeffer & Moers 2000). Es muss eine Stellvertreterrolle für den Pflegebedürftigen geben, die eine auf den Gesamtverlauf der Pflegebedürftigkeit gerichtete Perspektive einnimmt. Das heißt, dass sowohl die Versorgung durch spezifische Fachpersonen als auch der Verlauf im Blickpunkt stehen müssen.

Personengebundene Kompetenzen

Für die Pflege Hochaltriger und insbesondere Demenzkranker sind eine Reihe persönlicher Fähigkeiten mitzubringen, die nur in Ansätzen rational erlernt werden können. Diese Erkenntnis ist vor allem dann wichtig, wenn Interessenten für die Pflegebildung ausgewählt werden, oder wenn – wie derzeit wieder diskutiert – bestimmte Arbeitslosengruppen für die Pflege alter Menschen gewonnen werden sollen.

Grundlegend ist eine besondere Motivation, sich intensiv mit Menschen zu beschäftigen, die die kulturellen Kommunikationsregeln nicht mehr beachten können. Eine enge Nähe, sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht, muss nicht nur zugelassen werden können, sondern als Bedingung zur Gestaltung einer Pflegebeziehung zu einem demenzkranken Menschen wertgeschätzt werden.

Diese Nähe kann nicht – wie bei anderen Klientelen – durch „professionelle Distanz“ – vollständig kompensiert werden. Die Bereitschaft und Fähigkeit zu Geborgenheit vermittelnder, „warmer Sorge“ (Buijssen, H. 1997), in der die eigene Persönlichkeit zur Geltung gebracht wird, ist eine wichtige Voraussetzung für eine personorientierte Pflege. Eine hoch entwickelte Beziehungsfähigkeit zu Menschen, die in allen Lebensaktivitäten Unterstützung brauchen und darin von der spezifischen Zuwendung abhängig sind, ist notwendig. Die Authentizität einer Begegnung und Wertschätzung können von demenzkranken Menschen mühelos von nur rollengebundener Freundlichkeit unterschieden werden.

Eine hoch entwickelte moralische Haltung, die von maximaler Toleranz für Menschen getragen ist, deren Wertvorstellungen und Lebensgewohnheiten den eigenen entgegengesetzt sein können, ist für eine personerhaltende Pflege Demenzkranker absolut unverzichtbar. Darüber hinaus ist es vorteilhaft, eine Neugier auf Menschen, die ganz anders denken und fühlen, deren Erleben aber nur in Grenzen erschlossen werden kann, und die Bereitschaft zu haben, ihnen in diesem fremden Erleben wohl zu tun. Diese Haltung ist nach dem Moralentwicklungsmodell von Kohlberg erst auf der höchsten Stufe erreicht. Auf dieser Stufe wird tätige Gerechtigkeit nicht nur für bestimmte Gruppen, sondern prinzipiell für alle Menschen angestrebt. (Kohlberg 1981). Wenn auch allgemeinmenschliche Bedürfnisse formal bestimmt werden können (z. B. in den AEDL), so müssen Pflegende Demenzkranker sich stets darin korrigieren, persönliche Werte und Normen zu verallgemeinern. Auf die Probe gestellt wird diese Entwicklungsreife, wenn ein atheistisch lebender Pflegender das streng religiös geprägt Leben eines Menschen mit Pflegebedarf gestalten muss, wenn eine Pflegende, die sich in ihrem politischen Selbstverständnis anarchistisch identifiziert, einen Nationalsozialisten pflegen muss, der den Zivildienstleistenden als Feigling und Drückeberger denunziert.

Flexibilität im Eingehen auf Eigenheiten und Gewohnheiten, Kreativität und Fantasie im Experimentieren mit Problemlösungen, aber auch assoziatives Denken, welches Pflegekonzepte oder Elemente daraus souverän auf Praxisanforderungen beziehen kann, sind unverzichtbar. Eine hohe Chaos- und Frustrationstoleranz sind erforderlich, wenn demenzkranke Menschen in ihrem Bestreben, eine Übersicht zu bekommen oder ihrer Arbeit nachzugehen, ihre Umgebung unermüdlich umgestalten, Schränke ausräumen, Schubladen öffnen, alle paar Minuten dieselbe Frage wiederholen, den Pflegenden auf Schritt und Tritt nachlaufen. Ekelgefühle müssen beherrscht werden können in Situationen, in denen demenzkranke Menschen z. B. allgemein übliche Tischsitten missachten, sich und ihre Umgebung mit Kot verschmieren und ihn essen. Selbst unter extremem Zeitdruck ist – um Gewalt zu vermeiden – die Fähigkeit nötig, sich dem veränderten Zeiterleben des kranken Menschen anzupassen und sein Tempo aufzunehmen.

Pflegende Demenzkranker müssen geeignete Strategien zum Stressmanagement kennen. Eigene Belastungsgrenzen, auch Schamgrenzen, müssen bewusst gemacht werden. Eine gute Portion Humor, der mit demenzkranken Menschen überwiegend auf einer körperbezogenen Ebene geteilt werden kann, wirkt für alle Beteiligten stressmindernd. Sie brauchen einen Ausgleich außerhalb der Arbeitszeiten, in dem sie einseitige körperliche Belastungen kompensieren und sich von bedrückenden Erfahrungen entlasten können.

4.6.7 Zur Entwicklung der Altenpflege als Beruf

Die BRD ist das einzige europäische Land, in dem es eine gesonderte grundständige Altenpflegeausbildung gibt. Hier hat sich die Altenpflege als Beruf aus einem Pflegeverständnis heraus entwickelt, das kein medizinisches, sondern primär ein soziales war. Es war an der Arbeit und dem Leben in Altenheimen orientiert, deren Bewohnerinnen und Bewohner nur in Ausnahmefällen schwerstpflegebedürftig waren. Entsprechend war der Schwerpunkt altenpflegerischer Arbeit die ‚Sozialpflege‘, und die erst in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts eingeführte spezielle Altenpflegeausbildung beinhaltete schwerpunktmäßig die

Ausbildung sozialer Kompetenzen und weniger die pflegerischen Kompetenzen im Sinne einer „Kranken“-Pflege. Die erste Ausbildungsordnung wurde 1969 in NRW erlassen (Dunkel 1994) und zielte vor allem auf Umschülerinnen und „Hausfrauen“ (Bruckhaus 1972), also Frauen, die nach der Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf und/oder einer Familienphase einen neuen Beruf erlernen und ausüben wollten. Insbesondere im vergangenen Jahrzehnt jedoch zeigte sich, dass der durch vielfältige gesellschaftliche Veränderungen begründete Wandel (Demographischer Wandel, Lebenserwartung, Anstieg der Zahl alter Menschen, damit einhergehender vermehrter Bedarf infolge von Hilfebedürftigkeit vgl. Kapitel 1 und 3) auch eine veränderte Orientierung beruflicher Altenpflege erforderte. Auswirkungen dieses Wandels waren die Verabschiedung des SGB XI, die Einführung länderspezifischer Ausbildungsgesetze für eine dreijährige Altenpflegeausbildung beginnend mit NRW 1994, die schließlich ersetzt wurden durch die Verabschiedung des (Bundes-) „Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege“ im September 2000. Mit dieser Regelung wurde der Altenpflegeberuf formal den Gesundheitsberufen zugeordnet. Die Ziele der Pflegeausbildung in dem neuen Altenpflegegesetz entsprechen in ihrer Formulierung einer Weiterentwicklung des 1985 verabschiedeten Krankenpflegegesetzes. Diese hierin sichtbar werdende inhaltliche Konvergenz der beiden Berufe Alten- und Krankenpflege mündet in der von verschiedenen Berufsverbänden geforderten und von der WHO seit gut zehn Jahren proklamierten einheitlichen und generalistischen Pflegeausbildung (WHO-Euro 1991, Robert Bosch Stiftung 2000).

Sowohl in der Alten- als auch der Krankenpflege hat sich das Verständnis vom pflegerischen Handeln stark gewandelt und kann heute, wenn auch aus verschiedenen Richtungen kommend, als ein gemeinsames bezeichnet werden. Der wichtigste Wandel im Pflegeverständnis ist der von der Funktion des Bewahrens und Versorgens zur Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten. Für Letzteres wird häufig der Begriff „aktivierende Pflege“ verwendet, wie er auch Eingang in das SGB XI gefunden hat. Rein sprachlich bezieht dieser sich vor allem auf die körperliche Aktivität und birgt damit die Gefahr, die umfassender zu verstehende fähigkeitsfördernde Pflege zu verengen.

4.6.8 Perspektiven für die Pflegebildung

Im September 2000 wurde nach jahrelanger Diskussion das erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz vom Bundestag verabschiedet. Es ersetzt 16 unterschiedliche Länderregelungen und ist damit als wichtige Weiterentwicklung zu werten. Die neu geregelte Altenpflegeausbildung beträgt drei Jahre, in denen der Anteil der praktischen Ausbildung überwiegen soll. Ursprünglich sollte das Bundesaltenpflegegesetz zum 1. August 2001 in Kraft treten. Dies wurde allerdings wegen ungeklärter Fragen der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern verschoben (Stand Okt. 2001). Das Land Bayern sieht die Altenpflege als Sozialberuf, für den eine Bundesgesetzgebung nicht infrage kommt. Kritisiert wird an der in der Diskussion befindlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung, dass die kommunikationsbezogenen Bedürfnisse vor allem Demenzkranker nicht hinreichend berücksichtigt werden. Unbeschadet der angesprochenen Perspektiven stellt das Altenpflegegesetz für die Ausbildung eine umfassende Verbesserung dar. Eine schnellstmögliche Inkraftsetzung wird von der Kommission als dringend notwendig angesehen.

Mit dem neuen Altenpflegegesetz war es allerdings noch nicht möglich, die traditionellen Strukturen der Pflegeausbildung zu überwinden, wie sie auch im Krankenpflegegesetz festgeschrieben sind, da sowohl nach dem Krankenpflege- als auch nach dem Altenpflegegesetz nach wie vor ein Sonderweg beschritten wird. Sie ist weder dem Berufsbildungsgesetz zugeordnet, noch als übliche schulische Ausbildung (z.B. Fachschule) organisiert. Die Krankenpflegeausbildung ist zudem noch an Krankenhäuser gebunden, was angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutungsentwicklung der pflegerischen Versorgung mit zunehmenden Schwerpunkten außerhalb des Krankenhauses anachronistisch anmutet.

Der fachwissenschaftliche Diskurs hat inzwischen mehrheitlich zu der Auffassung geführt, dass es überholt ist, die Pflegeausbildung an Lebensphasen der Menschen auszurichten, sondern dass eine generalistische Ausbildung anzustreben ist (WHO-Euro 1991, Zopfy 2000). Hierbei steht allerdings noch die Präzisierung dessen, was als generalistisch in der Pflege zu definieren ist, aus. Minimalkonsens ist bei den meisten Pflegeverbänden jedoch, dass wegen der großen inhaltlichen Überschneidungen der Anforderungen Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger gemeinsam ausgebildet werden sollten. Verbände der Kinderkrankenpflege wehren sich jedoch noch gegen eine Integration. Darüber hinaus ist Deutschland das einzige Land der Europäischen Union, in dem es eine gesonderte grundständige Altenpflegeausbildung gibt. Nur in den Niederlanden gibt es eine Art Helferausbildung (Sozialpfleger) für die Altenpflege, die auch gesondert grundständig organisiert ist. Die Komplexität und die Unterschiedlichkeit der Anforderungen an die Kompetenzen in der Pflege ergibt sich aus dem Ausmaß und der Art der Pflegebedürftigkeit und nicht aus dem Lebensalter der Pflegebedürftigen (Robert Bosch Stiftung 2000, Bartholomeyczik 2001). Im Deutschen Bildungsrat für Pflege- und Sozialberufe herrscht inzwischen jedoch Einigkeit darüber, dass die Berufsausbildung nicht im dualen Bildungssystem, sondern im Schulsystem verankert werden sollte, und dass eine pflegerische Erstausbildung neben der traditionellen Form auch als Studium an einer Fachhochschule erworben werden kann (Heinzmann 1999). In einigen europäischen Ländern wurde – teilweise erst in den vergangenen Jahren – die Pflegeerstausbildung bereits grundsätzlich auf Hochschulebene angesiedelt (z.B. Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Schweden, Spanien).

Ein Expertengremium der Robert Bosch Stiftung stellte Ende 2000 ein Modell für die zukünftige Pflegebildung vor, das derzeit in einigen Punkten kontrovers diskutiert wird. Von den Berufsverbänden breit getragen werden die folgenden Forderungen:

– Die Pflegeerstausbildung sollte grundsätzlich generalistisch sein.

– Die Pflegeerstausbildung kann auch als ein Studium an einer Fachhochschule absolviert werden.

– Pflegebildung in Qualifikationsstufen sollte sich an der unterschiedlichen Komplexität von Pflegesituationen orientieren.

– Spezialisierungen erfolgen entweder in Masterstudiengängen oder Weiterbildungen.

– Insbesondere sind Masterstudiengänge in gerontologischer Pflege zu empfehlen.

Kontrovers werden die Vorschläge diskutiert, die die Dauer der Ausbildung und die Hierarchisierung verschiedener Ausbildungsabschlüsse mit entsprechenden Kompetenzzuweisungen betreffen. Die Komplexität der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gerade im Bereich der Pflege Hochaltriger und verstärkt bei der Pflege Demenzkranker erfordert die Bildung wissensbasierter Handlungsstrategien und berufsbezogener Reflexionsfähigkeiten vor dem Hintergrund ausgeprägter ethisch begründeter Entscheidungsalternativen, die in der bisherigen Pflegebildung häufig zu kurz kamen.

4.6.9 Fazit

In der Fachliteratur werden keine altersbezogenen Unterschiede in der Pflege alter Menschen gemacht, besondere Aufgaben für die Pflege Hochaltriger werden nicht genannt. Ein Grund kann in der noch wenig entwickelten klinischen Pflegeforschung liegen. Die Selbstbestimmtheit und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen werden als die wichtigsten Pflegeziele hervorgehoben. Die wenigen existierenden Untersuchungsergebnisse über die Pflegepraxis zeigen jedoch, dass es Mängel hinsichtlich der genannten Ziele gibt. Es gibt eher Hinweise darauf, dass insbesondere die Autonomie Hochaltriger geringer geschätzt wird als bei jüngeren Alten, Förderung der Fähigkeiten bei Schwerstpflegebedürftigen findet selten statt.

Stationäre Einrichtungen

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind bekanntermaßen längst keine alternativen Wohneinrichtungen mehr, sondern Versorgungsinstitutionen Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger. Die Belastung der Pflegenden in allen Bereichen der Altenpflege u. a. bedingt durch den Zeitdruck/Zeitmangel bedarf dringend der Lösung. Gerade in der Pflege Hochaltriger, die durch großen Zeitaufwand und Geduld gekennzeichnet ist, bedroht der Zeitdruck die Qualität der Pflege. Indikatoren der Pflegequalität zeigen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen oft überfordert sind. Die gängige Vorstellung ist derzeit, dass immer mehr Qualität mit immer weniger Geld erbracht werden könne. Diese Überforderung ist auf allen Organisationsebenen festzumachen: Managementkompetenzen können oft noch zu wenig eingesetzt werden, ökonomischer Druck beherrscht fachliche Entscheidungen, die Personalführung ist mit einem übergroßen Anteil an Hilfskräften außerordentlich schwierig. Dazu scheint die angespannte Personalsituation einen Abwärtstrend zu beschleunigen, der die begrenzte Anzahl ausgebildeter Pflegefachkräfte überlastet und zu vermehrten Kündigungen führt, während in Ballungsräumen bereits keine Fachkräfte mehr zu bekommen sind. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen in den Einrichtungen der stationären Altenpflege zu. Hier sind zunehmende Versorgungsprobleme zu erwarten. Nichtpflegerische Fachberufe sind außer der Hauswirtschaft in nur verschwindend geringem Maße in den Heimen beschäftigt. Dieses muss als Indikator für eine fehlende Integration rehabilitativer Maßnahmen in die Pflege angesehen werden, auch wenn eine „aktivierende“ Pflege durchgeführt wird.

Kritik an der Qualität der stationären Altenpflege wird als ungerechte Verunglimpfung empfunden, Ängste vor Mittelkürzungen produzieren vor allem eine Abwehrhaltung. Entsprechende sensationelle Presseverlautbarungen verstärken das negative Image. Hier sind völlig neue Konzepte gefragt. Eine Enquête, wie sie von der Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ gefordert wird, könnte die Situation sicher aufhellen. Kurzfristig sollten Pflegeeinrichtungen in ihrer Arbeit unterstützt und beraten werden, um den sich schnell ändernden Aufgaben gerecht werden zu können. Dieser Kritik an der Pflegequalität steht die hohe Belastung pflegerischer Arbeit gegenüber, in deren Vordergrund Zeitmangel und körperliche Beanspruchung stehen. Folgen in Form von Wirbelsäulenerkrankungen und emotionaler Erschöpfung der in diesem Bereich beschäftigten Personen sind ebenfalls festzustellen.

Ambulante Pflege

Die Probleme der ambulanten Pflege liegen in den für ein ausreichendes Leistungsangebot oft viel zu kleinen Organisationseinheiten, die mangelnde Vorbereitung für eine Pflege, die früher meist in Krankenhäusern stattfand und eine noch unzureichende Orientierung auf pflegende Angehörige. Zudem wirkt sich die hohe Anzahl der Teilzeitbeschäftigten negativ auf die besonders von den hochaltrigen Pflegebedürftigen gewünschte und für die Betreuung Demenzkranker notwendige personelle Kontinuität aus.

Angebote der Tages- und Nachtpflege bieten eine wesentliche Unterstützung für die häusliche Pflege. Die bisherige Inanspruchnahme ist jedoch eher gering, vor allem bedingt durch zu große Entfernungen zu entsprechenden Einrichtungen und mangelnde Information der Bedürftigen. Für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen ist die Tagespflege nur dann sinnvoll, wenn sie regelmäßig in Anspruch genommen wird.

Die Hospizeinrichtungen leisten wichtige Dienste in der Begleitung der hochaltrigen Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Der Bedarf an sowohl ambulanten als auch stationären Hospizplätzen ist zurzeit nicht gedeckt. Es muss allerdings kritisch hinterfragt werden, wie eine Integration von Pflegediensten und Hospizdiensten erfolgen kann, denn die Trennung von Sterbebegleitung und sonstiger Pflege produziert Brüche und kann sich daher gegen die Bedürfnisse von Betroffenen richten.

Der in der stationären Pflege vorhandene Personalmangel wird in absehbarer Zeit auch in den anderen Bereichen der

Pflege zu finden sein. Ein besonders großes Problem der nicht stationären Versorgung Hochaltriger und Demenzkranker liegt in der Zersplitterung der nicht stationären Altenhilfe und Gesundheitsversorgung und den daraus folgenden Brüchen zu Lasten der Betroffenen (vgl. Kap. 4.8).

Sowohl bei der Nutzung der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen als auch der der ambulanten Pflegedienste zeigen sich die Barrieren der Integration von professionellen Hilfen und den Aufgaben der Angehörigen. Vorbehalte und Verpflichtungsgefühle vonseiten der Angehörigen führen zu großer Zurückhaltung gegenüber diesen Leistungsangeboten. Auf der Seite der Pflegedienste und der Professionellen verhindern mangelnde Anleitungs- und Beratungskompetenz sowie allgemeine Kommunikationsmängel ein konstruktives Aufeinanderzugehen.

Insgesamt fehlt ein Konzept für die Betreuung hochaltriger Pflegebedürftiger, das flexibel verschiedene professionelle oder auch im Bürgerengagement erbrachte Leistungen ermöglicht, ohne dabei die Möglichkeiten der Betreuung zu Hause zu überlasten. Mehr Zwischenformen zwischen stationärer und häuslicher Versorgung müssen gefunden werden. Der derzeitige Weg, auf dem Altenpflegeheime immer mehr den Charakter geriatrischer Kliniken anzunehmen scheinen, muss mit alternativen Organisationskonzepten unterbrochen werden.

Die Besonderheit der Anforderungen an die Qualifikation der in der Altenpflege Tätigen liegt im Bereich der personengebundenen Kompetenzen. Die Bereitschaft und Fähigkeit, eine langandauernde Beziehung mit dem Bedürftigen einzugehen, ist eine grundlegende Voraussetzung für den Beruf. Die Pflege Hochaltriger erfordert ein breites Fachwissen, das in häufig sehr differenzierten Pflegesituationen die Basis des Pflegeprozesses darstellt. Die Entscheidung über geeignete Pflegemethoden als auch ihre Durchführung kann nur bedingt von Hilfskräften vorgenommen werden. Die Pflege hochaltriger Menschen, häufig auch von Menschen mit Demenz, stellt nicht selten eine Stresssituation dar, der mit umfassender fachlicher und analytischer Kompetenz begegnet werden kann. Fachliche Kompetenz ist auch die Voraussetzung für die Beratung und Anleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die Zusammenarbeit mit den Pflegehilfskräften erfordert außerdem die Fähigkeit Entscheidungen über Delegationsmöglichkeiten zugunsten der Bedürftigen zu treffen. Zu weiteren Managementkompetenzen gehören Zeitmanagement und Tagesablauf- und Milieugestaltung. Die Übernahme des Verlaufsmanagements einer Pflegebedürftigkeitskarriere stellt eine neue Herausforderung an die Pflege.

Die Trennung zwischen Altenpflege und Krankenpflegeausbildung wird seit einigen Jahren kritisiert. Auch in den Berufsverbänden herrscht mehrheitlich die Auffassung, dass eine generalistische Ausbildung anzustreben ist. Die Erstausbildung in der Pflege auch an einer Fachhochschule sollte anerkannt werden. Die weitere Spezialisierung der Pflegenden sollte in Masterstudiengängen oder in Weiterbildungen – insbesondere mit dem Schwerpunkt gerontologische Pflege – erfolgen.

Die Trennung in so genannte Grund- und Behandlungspflege und die damit verbundenen sozialgesetzgeberischen Unterscheidungen ziehen in der Praxis vielerlei Probleme nach sich. Die so genannte Grundpflege wird qualitativ völlig vernachlässigt, was sich auch in den Ergebnisindikatoren der Pflege zeigt, die oft hohe Dekubitusraten, Fehlernährung, Dehydratation und Stürze mit einschneidenden Folgen aufweisen. Hier muss ein Umdenken innerhalb der Pflegeberufe, der Leistungsträger als auch gesamtgesellschaftlich angemahnt werden (pflegen kann eben nicht jeder).

4.7 Therapie der Demenz

4.7.1 Einleitung

Therapie und Versorgung Demenzkranker setzen, wenn eine qualitativ vertretbare Leistung erbracht werden soll, eine fachgerechte Diagnostik als Grundlage voraus. Bezüglich der erforderlichen Diagnostik sind sich die Fachgesellschaften einig. Es wird ein standardisiertes diagnos-tisches Vorgehen mit einem umrissenen Maßnahmenkatalog empfohlen (Übersicht 4-4). Diese diagnostischen Maßnahmen müssen uneingeschränkt von Kostenaspekten allen Menschen zur Verfügung stehen. Damit wird sichergestellt, dass gut behandelbare Krankheiten entdeckt und der Therapie zugeführt werden und bei rechtzeitigem Einsatz auch bei degenerativen Krankheiten ein optimaler therapeutischer Erfolg gesichert wird. Die Sicherung einer qualitativ vertretbaren Diagnostik hängt von einer entsprechenden ärztlichen Schulung ab.

Führen die Untersuchungen und Befunde zu einer Diagnose aus dem Bereich der Demenzen, ist eine Einschätzung des Schweregrads für eine Zuordnung zu einer optimalen Therapie und Versorgung entscheidend. Die Leitlinien der Fachgesellschaft orientieren sich an der differenzierten Schweregradeinteilung von Reisberg, die in Übersicht 4-5

Übersicht 4-4

Bei der Demenzdiagnostik erforderliche Maßnahmen

- Anamnese
- Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Psychopathologischer Befund
- Testpsychologische Untersuchung
- Laborparameter
- Elektrokardiogramm
- Elektroenzephalogramm
- Kraniales Computertomogramm oder Magnetresonanztomografie

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

dargestellt ist. Während die ersten beiden Schweregradstufen noch nicht die Schwelle zur Demenz überschreiten, wird mit den Stufen 3-7 ein die Kriterien der Demenz erfüllender Schweregrad erreicht. Die Übergänge zwischen gesund und krank werden derzeit mit einer Reihe unterschiedlicher Ansätze zu erfassen versucht. Keiner der Ansätze hat sich bisher durchsetzen können. Bis zu ersten konsensfähigen Erkenntnissen der Wissenschaftler kann hier nur eine Unterstützung der Forschung angeraten werden.

Nachfolgend sind zuerst die Erkenntnisse zu drei Bereichen der Therapie Demenzkranker zusammengefasst (Kap. 4.7.2 bis 4.7.4). Die aktuellen Empfehlungen und Leitlinien verschiedener Interessenverbände werden dargestellt. Drei für Deutschland relevante Empfehlungen oder Leitlinien liegen derzeit vor:

1. Das Demenz-Manual des Berufsverbandes der Allgemeinmediziner (BDA) - Hausärzteverband (2. überarbeitete Version).
2. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) und dem Berufsverband der Nervenärzte (BVDN).
3. Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Demenz (2. überarbeitete Version).

Erreichbare Ziele, Kosten-Nutzen-Relation (Kap. 4.7.5) und die Zukunftsperspektiven der Therapie (Kap. 4.7.6) bilden die weiteren Grundlagen für eine Einschätzung notwendiger Maßnahmen (Kapitel 4.7.7).

Die Therapie der Demenz lässt sich in drei Bereiche unterteilen:

– Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung
– psychologische Interventionen und
– medikamentöse Therapie.

Nachfolgend sollen vorliegende Studien und daraus resultierende Aussagen dargestellt und für die Politik relevante Handlungsperspektiven erarbeitet werden.

Grundsätzlich fehlt es an Studien zur Therapie der Demenz bei Hochaltrigen. Aussagen zur Therapie der Demenz bei

Übersicht 4-5

Differenzierte Schweregradeinteilung (SG) bei der Alzheimerkrankheit

SG	**Symptomatik**
1	Unauffällig. **Keine Beschwerden.**
2	**Subjektive Beschwerden** über Vergesslichkeit, Verlegen von Gegenständen, Wortfindungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten genauso schnell zu lesen oder zu verstehen wie früher. Es gibt keine objektivierbaren Auffälligkeiten.
3	**Erste objektivierbare Beeinträchtigungen.** Vergisst gelegentlich den Wochentag, was es zum Mittagessen gab oder welches Buch gerade gelesen wurde. Einige „weiße Flecken” in der persönlichen Vorgeschichte. Verwirrung, wenn mehr als eine Sache gleichzeitig zu erledigen ist. Wiederholtes Fragen. Gelegentlich Verstimmung und um die eigene Gesundheit besorgtes Nachfragen. Die Defizite zeigen sich auch in psychometrischen Tests.
4	**Mäßige Beeinträchtigungen.** Schwierigkeiten, den eigenen Lebenslauf zu erinnern, Gesprächen zu folgen, bei einfachen Haushaltstätigkeiten außer An- und Ausschalten, bei Bankgeschäften oder dem Kauf von Briefmarken. Probleme, Bekannte am Telefon wiederzuerkennen. Die Schwierigkeiten spiegeln sich in allen psychometrischen Tests wider.
5	**Mittelschwere Beeinträchtigungen.** Kennt die eigene Adresse und wesentliche Inhalte seines Lebenslaufes nicht mehr. Unsicher zu Tag, Monat und Jahr sowie zum herrschenden Wetter. Schlafstörungen. Wahnvorstellungen wie: es wurde mir etwas weggenommen.
6	**Schwere Beeinträchtigungen.** Unsicher zu Zeit, Aufenthaltsort und eigenem Namen. Häufig wird der Name des Lebenspartners nicht mehr erinnert. Geringe Kenntnisse aktueller Ereignisse. Hilfe beim Waschen, Baden und Anziehen nötig. Blasen- und Darminkontinenz. Beim Besteck kann nur noch der Löffel adäquat verwendet werden. Tag-Nacht-Umkehr. Zielloses Umherlaufen. Verbale oder physische Aggressivität.
7	**Sehr schwere Beeinträchtigungen.** Sprache auf ein bis zwei Worte reduziert. Häufig Bettlägerigkeit. Keine Vorstellung vom eigenen Namen. Unfähig, von eins bis zehn zu zählen. Durchgängig Hilfe erforderlich. Zum Ende nicht mehr in der Lage, den Kopf zu heben. Ernährung nur noch intravenös oder über Katheter möglich.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

Hochaltrigen tragen daher weitgehend spekulativen Charakter.

Bei der Analyse der Studien fällt auf, dass die Methodik, mit der die Studien durchgeführt werden, äußerst unterschiedlich entwickelt ist. Am weitesten fortgeschritten ist die Entwicklung der Methodik zur Wirksamkeitsprüfung medikamentöser Therapien. Hier wurden national und auf europäischer Ebene staatliche Vorgaben entwickelt (European Union Committee for Proprietary Medicinal Products CPMP). Für die anderen Therapieformen fehlen solche. Im Folgenden wird jedoch prinzipiell davon ausgegangen, dass vergleichbare methodische Anforderungen an alle Therapieformen zu stellen sind. Als Grund für die Methodenvorgabe bei Arzneimittelprüfungen können zum Einen mögliche Nebenwirkungen auf die Behandelten angeführt werden, zum Anderen diverse ökonomische Interessen von staatlichen Institutionen, Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie. Diese, die Selektion bestimmenden Einflussgrößen sind allerdings auch bei den anderen Therapien vorhanden. Grundsätzlich ist im Interesse der Kranken zu fordern, dass ihnen nur methodisch einwandfrei auf ihre Wirksamkeit und Nebenwirkungsverträglichkeit geprüfte therapeutische Maßnahmen angeboten werden. Auch in den Bereichen der Soziotherapie und der psychologischen Interventionen wäre daher eine staatlich gestützte Aussage zu methodischen Vorgaben wünschenswert.

Im Interesse der Kranken und der Gesellschaft ist es von Bedeutung, eine Methodik vorzugeben, die unabhängig von Untersuchenden und Untersuchungsort reproduzierbare Ergebnisse liefert. Hier sei kurz darauf eingegangen, welche wissenschaftlichen Kriterien erfüllt sein müssen, um gültige und brauchbare Ergebnisse zu erhalten. Eine gute wissenschaftliche Methodik zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine Reihe wissenschaftlicher Kriterien erfüllt. Als wichtigste Kriterien sind hierbei die Wiederholbarkeit der Ergebnisse (Reliabilität), die Beobachterunabhängigkeit (Objektivität) und die Gültigkeit (Validität: der Test misst, was es messen soll) zu nennen. Wissenschaftlich nachvollziehbare Untersuchungen erfordern unabdingbar eine Kontrollgruppe, die nach gleichen Bedingungen wie die Behandlungsgruppe selektiert wurde. Die Zuordnung zu Behandlungs- oder Kontrollgruppe muss zufallsabhängig (randomisiert) und für den Untersuchenden sowie den Untersuchten nicht erkennbar erfolgen, d. h. „doppelblind“. Es muss klar definiert sein, welche Variablen mit welchen Instrumenten erhoben werden sollen. Insbesondere bei den Instrumenten oder Tests zur Messung des Therapieerfolges, muss hier ein hoher Maßstab angelegt werden. Gerade diese Tests müssen die o. a. Voraussetzungen von Reliabilität, Objektivität und Validität erfüllen. Bei der Auswertung der Ergebnisse ist schließlich darauf zu achten, dass die resultierenden Aussagen vom tatsächlich Belegten nicht abweichen. Auf Übereinstimmungen und Abweichungen von der geforderten Methodik wird in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen. Soweit Meta-Analysen vorliegen, werden auch diese auf ihren wissenschaftlichen Gehalt entsprechend den Kriterien von Rosenthal und diMatteo (2001) geprüft.

In zwei weiteren Unterkapiteln werden die Ziele und Möglichkeiten der Therapie nach aktuellem Kenntnisstand zusammengefasst. Jenseits des grundlegenden eindimensionalen Maßstabes zwischen Wirkungslosigkeit und Heilung durch eine therapeutische Maßnahme sei hier besonders hervorgehoben, dass Demenzen durch ihr breites Spektrum von Symptomen multiple Beeinträchtigungen auch für Pflegende mit sich bringen. Jedes gebesserte Symptom hat mehr oder minder große Auswirkungen auf das körperliche und psychische Befinden, nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern auch der Pflegenden. Wird auch nur ein Teilbereich gebessert, ergeben sich häufig deutliche Entlastungen für Kranke und Pflegende. Diesem Umstand muss bei der Beurteilung der Ergebnisse Rechnung getragen werden. Bessern Therapien nur einen Teilbereich der Symptome der Krankheit, können sie somit trotzdem wertvoll sein. Auch wenn Therapien nur in einem Teilbereich Wirkungen zeigen, dürfen sie den Erkrankten damit nicht vorenthalten werden. Leider berücksichtigen die methodischen Vorgaben für die medikamentöse Therapie diesen Umstand nicht. Die Vorgaben fordern eine signifikante Besserung in mindestens zwei Symptombereichen („Ebenen“). Therapien, die nur einen Bereich bessern, können einen Wirksamkeitsnachweis nach den vorgegebenen Richtlinien nicht erfüllen. Auch eine Reduktion lediglich auf „signifikante“ Ergebnisse muss relativiert werden. Zeigen verschiedene Studien eine immer wieder gleichgerichtete jeweils nicht signifikante Tendenz auf, kann in der Zusammenschau durchaus ein sowohl signifikantes als auch relevantes Ergebnis resultieren (Rosenthal & Di Matteo 2001). Werden diese Maßgaben nicht beachtet, bleiben wirksame Therapien den Kranken vorenthalten. Hier besteht Änderungsbedarf.

4.7.2 Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung

4.7.2.1 Spektrum der Therapieansätze

Zu soziotherapeutischen Therapieansätzen (auch: der Umfeldstrukturierung) gehören:

- die Gestaltung des Wohnumfeldes (Architektur, Raumgröße und -ausstattung etc.)
- die Gestaltung des persönlichen sozialen Netzes
- die Einbindung des öffentlichen sozialen Netzes sowie
- Interventionen zur Adaptation der Strukturen auf die persönlichen Bedürfnisse.

Für eine optimale Versorgung der Kranken gilt es, diese Ansätze zu integrieren.

4.7.2.2 Vorliegende Untersuchungen

Zur Gestaltung des Wohnumfeldes liegen keine methodisch hinreichenden Studien vor, die eine Wirksamkeit belegen könnten. Eine Metaanalyse der Cochrane Organisation von Price et al. (2000) kommt dementsprechend zu einer negativen Einschätzung der Wirksamkeit. Diese Einschränkung hat die Vierte Altenberichtskommission

nicht gehindert, an anderer Stelle (s. Kapitel 3.3) empirisch begründete Empfehlungen abzugeben.

Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich mit der Gestaltung des persönlichen oder öffentlichen sozialen Netzes. Grundsätzlich ist es dabei methodisch schwierig, zu wissenschaftlich gesicherten Aussagen zu kommen. Meist scheitert schon die Suche nach einer mit der Behandlungsgruppe vergleichbaren Kontrollgruppe.

In verschiedenen Regionen Deutschlands wurden Modellprojekte zur Therapie mittels Einbindung oder Wiedereinbindung in das soziale Netz gestartet, z. T. auch schon abgeschlossen. Mehrfach wurden aufsuchende Dienste zum Gegenstand der Untersuchungen gemacht. Als ein Musterbeispiel sei das Projekt HALMA der Stadt Würzburg im Rahmen eines Projektes der Europäischen Gemeinschaft erwähnt. Sobald die Institutionen Kenntnis von hilflosen älteren Menschen erhalten, sucht ein Team mit ärztlicher, psychologischer und pflegerischer Kompetenz die Person auf und versucht, alle notwendigen Maßnahmen zu initiieren. Ziel ist dabei, eine Institutionalisierung zu vermeiden.

4.7.2.3 Vorgehensweise und resultierende Aussagekraft

Die meisten Untersuchungen zur Umfeldstrukturierung enstprechen den Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten nicht. Auch wenn es sich methodisch aufwendiger darstellt, ist allerdings ein wissenschaftliches Design denkbar, wenn z. B. zwei vergleichbare Versorgungsgebiete definiert werden und ein Gebiet die bisherige Versorgungssituation beibehält. Daneben müssen valide Therapieerfolgsvariablen definiert werden, die eine Entscheidung zur Wirksamkeit der Intervention erlauben.

4.7.2.4 Empfehlungen von Interessensverbänden

Hausärzte (BDA) und Fachärzte (DGPPN, DGGPP und BVDN) kommen zu einer gleich gelagerten Einschätzung der Wirksamkeit umfeldstrukturierender Maßnahmen. Sie empfehlen aber trotz unzureichenden Wirksamkeitsnachweises umfeldstrukturierende Maßnahmen, da sie aus ihrer Sicht zur Entlastung von Betroffenen und Pflegenden beitragen (Therapieschema der DGPPN in Abbildung 4-8).

4.7.2.5 Zusammenfassung

Im Bereich der Umfeldstrukturierung fehlt es an einer hinreichenden Methodik und damit auch an wissenschaftlich belegten Ergebnissen. Bis zu weiterer Evaluation empfiehlt sich ein Beibehalten schweregradgestufter soziotherapeutischer Interventionen wie in Abbildung 4-8 dargestellt.

4.7.3 Psychologische Interventionen

4.7.3.1 Spektrum der Therapieansätze

Die klassischen Psychotherapieformen wie Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie haben die Therapie von Demenzkranken nur zögerlich in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit gerückt. Am ehesten begann die Verhaltenstherapie, spezifische Therapieprogramme zu entwickeln. Psychoanalyse und Gesprächstherapie sind bedingt durch die Notwendigkeit intakter höherer kognitiver Funktionen in ihren Einsatzmöglichkeiten bei der Demenz eher eingeschränkt. Die zögerliche Entwicklung

Abbildung 4-8

Schweregradabhängig sinnvolle umfeldstrukturierende Maßnahmen (nicht erschöpfende Aufzählung)

Soziale und pflegerische Maßnahmen

Schweregrad nach GDS	Maßnahmen
III	Pflege in der Familie, Physiotherapie, Ergotherapie, "Essen auf Rädern", Tagesstätte. Milieutherapie
IV	Ambulante Dienste. Häufig Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Tagespflege, Tagesklinik, Angehörigenhilfe.
V	Ständige Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Häufig durch Komorbidität stationär. Heimeinweisung.
VI	Rund-um-die-Uhr- Betreuung. Meist Heimunterbringung. Bei häuslicher Betreuung: Inanspruchnahme von Fachpflege.
VII	Alle Aktivitäten des Alltags müssen durch Pflegende unterstützt werden.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

therapeutischer Strategien für Demenzkranke führte dazu, dass wissenschaftlich nicht nachgeprüfte z. T. auch nicht nachprüfbare „Neuentwicklungen“ von einzelnen Vorreitern geschaffen wurden, die bei genauerer Betrachtung oftmals lediglich bekannte therapeutische Strategien mit einem neuen Namen belegten. Nachfolgend sind die Arbeitsweisen und vorgesehenen Indikationen der wesentlichsten Ansätze zusammengestellt.

4.7.3.1.1 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Methoden lassen einen stadienspezifischen Einsatz zu. Grundsätzlich ist das ganze Spektrum verhaltenstherapeutischer Methoden einsetzbar. Neben dem Abbau von störendem Sozialverhalten mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen kann auch das Erreichen von größerer Selbstständigkeit und die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen angegangen werden. Die Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie bringen insbesondere bei Alzheimer-Patienten mit depressiver Begleitsymptomatik therapeutische Erfolge. Angehörige sollten in solche Therapien bei dementen Patientinnen und Patienten eingebunden werden; sie gelten als unverzichtbare Kotherapeuten, wenn die kognitive Einbuße des Patienten fortschreitet.

4.7.3.1.2 Andere psychosoziale Verfahren

Neben der Verhaltenstherapie sind einige weitere therapeutische Interventionen bekannt (siehe Übersicht 4-6). Diese Interventionen konzentrieren sich auf Teilaspekte der klassischen Psychotherapie und passen diese Demenzkranken an. Eine Kurzcharakterisierung findet sich nachfolgend.

4.7.3.1.3 Kognitives Training und andere im Wesentlichen aus der Verhaltenstherapie abgeleitete Trainingsmaßnahmen

Trainingsmaßnahmen können dazu dienen, das vorhandene Funktionsniveau der Kranken zu erhalten. Eine Auswirkung auf die Pathogenese der Demenz ist nicht zu erwarten. Sie können als unterstützende Aktivierungsmaßnahme angesehen werden. Je alltagsnäher eine Trainingsgruppe angelegt ist, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere „Kanäle“ (verbal, visuell, akustisch, haptisch, prozedural) benutzt und damit auch trainiert. Eine Überforderung mit nachfolgend mangelnder Compliance und Zunahme nichtkognitiver Störungen muss vermieden werden. Je mehr beim Training motorische Elemente angesprochen und geübt werden, desto eher ist ein Trainingserfolg zu erwarten. Ein Aussetzen des Trainings hat oft eine rapide Verschlechterung der Leistung zur Folge. Gedächtnistrainingsprogramme erfordern, je strukturierter und anspruchsvoller sie sind, ein umso größeres Engagement auf Seiten des Patienten. Aus diesem Grunde sind Interventionen Erfolg versprechender, die die Motivation (z. B. durch Einbeziehen von Angehörigen des Patienten) erhöhen und gleichzeitig Veränderungen in seinem Lebensraum mit einbeziehen. Mit den gemachten Einschränkungen können Trainingsmaßnahmen Patientinnen und Patienten schweregradangepasst empfohlen werden.

4.7.3.1.4 Realitätsorientierungstherapie (ROT)

Unter der Bezeichnung Realitätsorientierungstherapie werden zwei unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, die alternativ oder kombiniert eingesetzt werden können. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende, Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen „wie in der Schule“ stets aufs Neue wiederholt („Classroom ROT“). Das zweite Modell ist das „24-Stunden-Training“, in dem bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patientinnen und Patienten „Realitätsanker“ geboten werden, sowohl im direkten Kontakt mit dem Personal wie auch als visuelle oder akustische Orientierungshilfen. Dieses Modell setzt eine intensive Schulung des gesamten Teams voraus. In der Realität der stationären Altenhilfe können im Rahmen des „ROT“ eine Vielzahl „realitätsorientierender“ Interventionen durchgeführt werden, die von „life review“-Techniken, die also auch das „Vorher“ einbeziehen, bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen. Die ROT wird häufig als direktive Methodik kritisiert, die leicht als

Übersicht 4-6

Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen des zentralen Inhalts der Methodik

Intervention	Zentrale Inhalte
Basisverhalten	Geduld, Dialog, Eindeutigkeit ;”value of touch”
Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)	„classroom” ROT; 24h ROT
Erinnerungs-Therapie (ET)	life review, Erinnerungsgruppen
Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)	Stützen erhaltener Funktionen
Kreative Therapien	Musik-, Kunst-, Tanztherapie
Ergotherapie	Beschäftigung mit sinnvollen Inhalten
Basale Stimulation	gezielte Substitution von Stimuli; Orientierungshilfen

Drill verstanden und umgesetzt werden kann. Da im Umgang mit Demenzkranken entstehende Probleme schnell zu einer Überforderung der Kranken führen können, kann die ROT für den Einsatz bei Demenzkranken nicht uneingeschränkt empfohlen werden.

4.7.3.1.5 Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie ist diagnostisch spezifischer als die bisher genannten Verfahren. Sie zielt auf die Behandlung von Alzheimerkranken ab und kann als neuropsychologisches Trainingsverfahren aufgefasst werden, das das längere Erhaltenbleiben der personalen Identität anstrebt (Romero & Eder 1992). Die Autorinnen sehen das Selbst der Alzheimerkranken durch vier Prozesse gefährdet: (1) Verletzung der personalen Kontinuität, (2) Erlebnisarmut, (3) Veränderungen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens und (4) Selbstwissensverlust. Die Therapie knüpft explizit an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und ermöglich so Erfolgserlebnisse. Sie greift damit einen Teilbereich der Probleme, die durch eine Verhaltenstherapie angegangen werden, heraus und bearbeitet sie mit den therapeutischen Strategien der modernen Verhaltenstherapie. Als spezialisierte Unterform der Verhaltenstherapie wäre eine wissenschaftliche Überprüfung ihrer Wirksamkeit sinnvoll.

4.7.3.1.6 Musik- und Kunsttherapie

Zu den Therapieverfahren, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität der dementen Patientinnen und Patienten beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie. Hier sollen Patientinnen und Patienten, denen kognitiv-verbale Wege der Kommunikation krankheitsbedingt immer weniger zur Verfügung stehen, Gelegenheit erhalten, in der Konfrontation mit präsentiertem Material oder auf dem Weg eigenen Gestaltens, Gefühle zu leben und wiederzuerleben. Es gibt darüber hinaus ebenfalls Berichte für den Erfolg des gezielten Einsatzes musiktherapeutischer Interventionen bei umschriebenen Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf demenzieller Erkrankungen.

4.7.3.1.7 Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige

Ein besonderer Schwerpunkt der Therapie wendet sich Angehörigen zu, mit dem Ziele durch eine Verbesserung des Umgangs zwischen Kranken und Angehörigen eine längere ambulante Versorgung zu ermöglichen. Trainingsprogramme, die Angehörigen helfen, Probleme im Umgang mit den Kranken zu erkennen und zu bewältigen, sind zu empfehlen. Erste allerdings noch methodisch angreifbare Hinweise sprechen dafür, dass sich selbst über einen Zeitraum von drei Jahren eine Verminderung der Heimeinweisungsrate erreichen lässt (Ferris & Mittelmann 1996, Mittelmann et al. 1996).

4.7.3.2 Vorliegende Untersuchungen, methodische Qualität und Ergebnisse

Lediglich zur Verhaltenstherapie finden sich vereinzelt doppelblinde randomisierte Studien, die deren Wirksamkeit auch im Vergleich mit Medikamenten bei Verhaltenssymptomen der Demenz belegen (Teri & Logsdon 2000;Teri et al. 2000, Davis, R.N. et al. 2001). Die kognitive Kernsymptomatik der Demenzen lässt sich jedoch durch verhaltenstherapeutische Interventionen nicht maßgeblich beeinflussen.

Keine der zu den übrigen Therapieansätzen vorliegenden Untersuchungen erfüllt die Kriterien, die an die Wirksamkeitsprüfung von Therapien durch die Europäische Kommission gefordert werden. Eine Vielzahl methodisch limitierter Studien macht zwar Aussagen zur Wirksamkeit. In manchen Studien wird darauf hingewiesen, dass weitergehende Aussagen anhand der Daten nicht getroffen werden können, sondern vielmehr weitere Studien erforderlich wären. Häufig findet sich allerdings nur eine narrativ vorgetragene Plausibilität. Vorliegende Meta-Analysen unterstreichen diese Einschätzung (Opie et al. 1999). Auch Meta-Analysen für die hier erwähnten Therapien Realitäts-Orientierungs-Training (Spector et al. 2000), Musiktherapie (Koger & Brotons 2000) und Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige (Thompson & Briggs 2000) sowie die wegen des fehlenden eigenständigen Konzepts nicht erwähnten Verfahren wie „Reminiszenztherapie“ (Spector et al. 2000) und „Validation“ (Neal & Briggs 2000) konnten keine aussagekräftigen Studien identifizieren.

4.7.3.3 Empfehlungen von Interessensverbänden

Hausärzte (BDA) und Fachärzte (DGPPN, DGGPP und BVDN) kommen zu einer gleich gelagerten Einschätzung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen. Sie empfehlen dementsprechend im Wesentlichen verhaltenstherapeutische Interventionen (Therapieschema der DGPPN in Abbildung 4-9, Seite 266). Für die anderen Therapien spricht erneut die praktische Erfahrung eines teilweise positiven Einflusses auf Gepflegte und Pflegende.

4.7.3.4 Zusammenfassung

Bis auf verhaltenstherapeutische Ansätze finden sich derzeit keine belegten Wirkungen psychotherapeutischer Interventionen. Da sich jedoch sehr häufig Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit psychologischer Interventionen finden lassen, können diese Verfahren zur Ergänzung verhaltenstherapeutischer Techniken hinzugezogen werden, auch wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich bisher nicht belegt wurde. Schweregradabhängig kann von den in Abbildung 4-9 dargestellten Therapiemöglichkeiten ausgegangen werden.

4.7.4 Medikamentöse Therapie

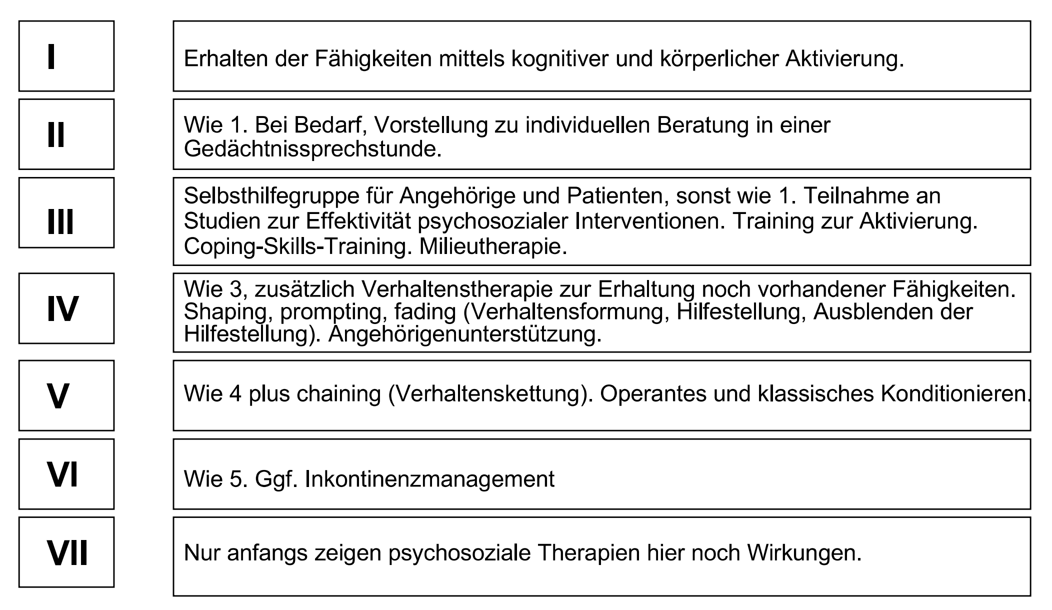
4.7.4.1 Substanzspektrum

4.7.4.1.1 Antidementiva

Bei der medikamentösen Therapie der Demenz lassen sich Substanzen unterscheiden, die das demenzielle Kernsyndrom mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen angehen, und solche, die häufige Verhaltenssymptome wie z. B. Wahnvorstellungen oder Unruhe behandeln helfen. Je nach angenommener Ursache der Demenz kommen für

Abbildung 4-9

Nach Schweregrad gestufte sinnvolle psychotherapeutische Interventionen



Schweregradabhängige Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation	
I	Erhalten der Fähigkeiten mittels kognitiver und körperlicher Aktivierung.
II	Wie 1. Bei Bedarf, Vorstellung zu individuellen Beratung in einer Gedächtnissprechstunde.
III	Selbsthilfegruppe für Angehörige und Patienten, sonst wie 1. Teilnahme an Studien zur Effektivität psychosozialer Interventionen. Training zur Aktivierung. Coping-Skills-Training. Milieutherapie.
IV	Wie 3, zusätzlich Verhaltenstherapie zur Erhaltung noch vorhandener Fähigkeiten. Shaping, prompting, fading (Verhaltensformung, Hilfestellung, Ausblenden der Hilfestellung). Angehörigenunterstützung.
V	Wie 4 plus chaining (Verhaltenskettung). Operantes und klassisches Konditionieren.
VI	Wie 5. Ggf. Inkontinenzmanagement
VII	Nur anfangs zeigen psychosoziale Therapien hier noch Wirkungen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

die kognitive Kernsymptomatik unterschiedliche Substanzen zum Einsatz. Die heute zugelassenen Substanzen zur Behandlung des Kernsyndroms lassen sich darüber hinaus nach ihrem Wirkmechanismus einteilen. So gibt es Substanzen, die primär zur Stoffwechselförderung beitragen, wie z. B. das Piracetam, Radikalfänger wie Ginkgo Biloba und transmitterspezifische Substanzen wie Ca++-Antagonisten, Cholinesterasehemmer oder Substanzen, die auf das NMDA-System Einfluss nehmen. Eine Liste der Substanzen, die zur Behandlung der Alzheimerkrankheit zugelassen sind, findet sich in Tabelle 4-30, Seite 269, in Tabelle 4-32, Seite 271, sind Substanzen zur Behandlung der vaskulären Demenz aufgelistet. Zu anderen Demenzformen ist eine spezifische Therapie derzeit nicht bekannt.

4.7.4.1.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Zur Behandlung von Verhaltensstörungen werden klassische Psychopharmaka wie Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine sowie andere Substanzen wie Carbamazepin und Clomethiazol verwendet. In Untersuchungen zur Anwendungshäufigkeit von Medikamenten in der älteren Bevölkerung in Altenheimen zeigt sich, dass Antidementiva nur etwa 10 % der Demenzkranken verordnet werden, aber 50 % Neuroleptika erhalten (Hallauer 2001). Ein wesentlicher Grund für den Einsatz von Neuroleptika ist dabei deren sedierender Effekt, der die Pflegenden bzw. das Pflegepersonal entlastet. Dieser Effekt wird besonders gesucht, wenn das Pflegepersonal primär durch Personalmangel von den Anforderungen der Pflege überlastet ist. Die erheblichen Nebenwirkungen insbesondere älterer Neuroleptika werden dabei in Kauf genommen. Zwei Gründe für eine Verschärfung des Problems sind ein unzureichender Ausbildungsstand der Ärztinnen und Ärzte und der Kostendruck, der dazu zwingt, billigere aber damit auch nebenwirkungsreichere ältere Neuroleptika einzusetzen.

4.7.4.2 Vorliegende Untersuchungen

Einleitend sei nochmals hervor gehoben, dass Hochaltrige von Studienpopulationen für die Prüfung von Medikamenten bei Demenzkranken regelmäßig aus plausiblen Gründen ausgeschlossen werden.

4.7.4.2.1 Antidementiva

Für eine Reihe schon seit längerem zugelassener Substanzen liegen keine neueren Untersuchungen vor. Soweit in diesen Untersuchungen die Wirksamkeit als belegt gelten kann, darf heute nicht aus dem Fehlen neuerer Untersuchungen geschlossen werden, dass die damals gefundene Wirksamkeit heute nicht mehr existiert. Für zwei der früher zugelassenen Substanzen, Pyritinol und Dihydergin, wurden jedoch so gut dokumentierte negative Ergebnisse publiziert, dass auf ihre weitere Anwendung verzichtet werden kann. Für Nicergolin, Nimodipin und Piracetam liegen jedoch positive ältere Studien vor, sodass ihr Einsatz auch heute bei der Alzheimerkrankheit gerechtfertigt ist.

Für die sechs Substanzen Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin und Tacrin liegen neuere Studien vor, die die staatlich geforderten Maßgaben erfüllten. Zur Wirksamkeitsprüfung wurde einheitlich als Messinstrument die Alzheimers Disease Assessment Scale mit ihrem kognitiven Teil (ADAS-kog) verwendet. Die meisten Studien wurden über einen Untersuchungszeitraum von sechs Monaten durchgeführt, der als Minimum für eine Wirksamkeitsbeurteilung angesehen werden kann. Aus ethischen Gründen wurde bisher meist von längeren Studien abgesehen. Lediglich zu Ginkgo Biloba und Donepezil liegen Studien mit zwölf Monaten Dauer vor. Die beiden Donepezilstudien fanden die Wirksamkeit in nicht kognitiven Parametern wie der Überlebenswahrscheinlichkeit und dem von Alltagsaktivitäten abhängigen Pflegeaufwand.

Studien zu einer Vielzahl weiterer Substanzen werden zz. durchgeführt bzw. sind geplant. Aufgrund der Studienlage zu anderen Substanzen ist in den nächsten Jahren mit weiteren Zulassungsanträgen zu rechnen.

Zur vaskulären Demenz finden sich lediglich zu Ginkgo Biloba und Memantine methodisch aktuelle positive Wirksamkeitsnachweise (s. Tabelle 4-32). Eine Reihe anderer Substanzen wurde in früheren Studien als wirksam beschrieben.

Hinreichende Untersuchungen zu anderen Demenzformen liegen derzeit nicht vor. Nachfolgend wird daher auf die Therapie anderer Demenzen nicht weiter eingegangen.

4.7.4.2.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka im Alter liegt eine Vielzahl von Untersuchungen vor, deren Ergebnisse in Leitlinien Eingang gefunden haben (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000) und in Übersichtsarbeiten publiziert sind (Herrmann, N. 2001).

4.7.4.3 Methodische Qualität

4.7.4.3.1 Antidementiva

Die europäischen Richtlinien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Medikamenten zur Behandlung der Demenz unterscheiden für den Wirksamkeitsnachweis drei „Messebenen“. Von drei unabhängigen Beurteilern soll 1. die kognitive Leistungsfähigkeit, 2. die Einflüsse auf das Alltagsverhalten und 3. ein klinisches Globalurteil erhoben werden. Entgegen dem üblichen wissenschaftlichen Vorgehen, bei dem ein wissenschaftliches Ergebnis dann als relevant angesehen wird, wenn sein Auftreten gegenüber einem zufälligen Ergebnis mit einer Wahrscheinlichkeit von 5 % und weniger zu erwarten ist, werden hier also mehrere Prüfungen vorgenommen. Die Richtlinien fordern, dass mindestens in zwei „Messebenen“ das Signifikanzniveau von 5 % erreicht sein muss. Dieses Ergebnis zwei Mal in drei unabhängigen Untersuchungen zu erreichen, hat unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeitstheorie eine geringere Wahrscheinlichkeit, als wenn nur eine Messung signifikant sein muss. Die Regelung erschwert es daher, einen Wirksamkeitsnachweis führen zu können. Die Vorgehensweise macht deutlich, dass die Zulassungsbehörde offensichtlich nicht das Interesse hatte, jede wissenschaftlich gesichert wirksame Substanz zuzulassen, sondern vielmehr nur solche Substanzen akzeptieren wollte, die in mehr als einem Bereich wirksam sind.

Häufigkeit und Art von Nebenwirkungen werden in den Studien im Detail dokumentiert. Objektive Kriterien, wann welche Art von Nebenwirkungen die Zulassung erschwert, wurden von staatlicher Seite nicht definiert. Hier wurde bewusst oder unbewusst dem ärztlichen Urteil im individuellen Fall Vorrang eingeräumt.

4.7.4.3.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Die Studien zur Therapie von Verhaltenssymptomen entsprechen den in der Erwachsenenpsychiatrie üblichen Standards für die Untersuchung von Psychopharmaka. Besondere staatliche Vorgaben zum Erfüllen von Wirksamkeitskriterien finden sich in dieser Indikation nicht. Sie sind der Untersuchung der Antidementiva vorbehalten.

4.7.4.4 Ergebnisse

4.7.4.4.1 Antidementiva

Alzheimerkrankheit

Die Beurteilung der Ergebnisse der Untersuchungen bedarf einer sorgfältigen Analyse. Versuchsleitereffekte beeinflussen die Ergebnisdarstellung nachhaltig. So werden unter den prinzipiell möglichen Auswerteparametern meist die in den Vordergrund gestellt, die am ehesten ein signifikantes Ergebnis dokumentieren. Um ein ausgewogeneres Bild der Untersuchungen zu erhalten, ist es sinnvoll, mehrere mögliche Parameter zu berücksichtigen und die Ergebnisse einander gegenüberzustellen. Sofern eine Beurteilung der einzelnen Parameter erfolgt, ist im Sinne einer evidence based medicine zu dokumentieren, welche Kriterien für die Beurteilung angewendet wurden. Unter diesen Prämissen sind auch die Äußerungen verschiedener Gruppierungen kritisch zu bewerten. Die Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu Demenz (2001) erfüllen die Anforderungen, messbare Kriterien für eine Einschätzung der Substanzen zu benennen, nicht, während sie von den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) eingehalten werden. Ein Überblick der aktuellen Studienlage ist den nachfolgenden zwei Tabellen zu entnehmen. Tabelle 4-30 beschreibt die durchgeführten Studien mit dem entsprechenden Autorenstatement zur Wirksamkeit.

Eine kumulierte Bewertung der Studienlage findet sich in Tabelle 4-31, Seite 270. Die Kriterien der Wirksamkeitsbeurteilung sind zum einen nach „Messebenen“ unterschieden, zum anderen aber auch nach zusätzlichen Kriterien zur Einschätzung der Nützlichkeit einer Substanz wie Umfang und Schwere von Nebenwirkungen oder der Anzahl von Patientinnen und Patienten, die mehr als unter einer wirkungslosen Vergleichstherapie (Placebo) auf eine Substanz ansprachen. Der Hauptwirksamkeitsparameter

ist die Kognitionsebene, die mit der ADAS-kog Sub-Skala gemessen wird. Bei der Beurteilung des Ergebnisses einzelner Studien ist darauf zu achten, welcher Parameter aus der ADAS-kog errechnet wurde. So ergeben sich unterschiedliche Werte, wenn Ausgangs- und Endwert einzeln für Placebo- und Verumgruppe betrachtet werden, oder eine Differenz zum Ausgangswert für beide Gruppen verglichen wird (Placebo-Verum Differenz). Kriterium zur Wirksamkeitsbeurteilung ist dabei jeweils, um wie viele Punkte sich eine Gruppe zum Ende der Studie verändert hat. Mit der ADAS-kog wird auch die Anzahl der Patientinnen und Patienten bestimmt, die auf die Therapie gut angesprochen hat. Eine objektive Schwellenwertvorgabe, wie viel Punkte erforderlich sind, um als gut ansprechend auf eine Substanz bewertet zu werden, gibt es nicht. Häufig wurde eine Verbesserung um vier Punkte in der ADAS-kog als Kriterium angesehen. Eine wissenschaftliche Begründung dafür gibt es nicht. Dieser Wert lässt zusätzlich außer Acht, dass z. B. bereits ein Stillstand der Krankheit oder ein langsameres Voranschreiten ein therapeutischer Erfolg sein kann. Sinnvoller erscheint die Darstellung der Therapieansprechrate nach Punktwerten oder Punktwertbereichen, da daraus ersehen werden könnte, wie viele Patienten sich um wie viele Punkte verbessert oder verschlechtert haben.

Im Gegensatz zur Messung der kognitiven Ebene, für die mit der ADAS-kog ein valides Messinstrument vorliegt, liegen für andere Messebenen wenige valide Tests vor. Die Aussagekraft der Studien zu diesen Bereichen ist daher eingeschränkt, wird aber trotzdem zur Wirksamkeitsbeurteilung herangezogen. Die Folgen fehlender Validität scheinen in einzelnen Studien auf, wenn mehrere Tests zur gleichen Ebene eingesetzt werden und zu unterschiedlichen Wirksamkeitsaussagen kommen. In der Vergleichstabelle erhalten solche Ergebnisse daher nur maximal eine Bewertung mit einem „+“.

Die Aussagen von Cochrane-Analysen zu den einzelnen Substanzen sind nicht als gleichwertig anzusehen, da sie nach unterschiedlichen methodischen Kriterien durchgeführt wurden und zum Teil wichtige Kriterien wie eine Vergleichbarkeit der Analysemethodik oder die Indikation der Substanzen in einzelnen Untersuchungen nicht berücksichtigten.

Vaskuläre Demenz

Die methodischen Einschränkungen der Studien zur Alzheimerkrankheit werden bei Untersuchungen zur vaskulären Demenz erweitert, da neuere Diagnosekriterien nur in den Studien zu Ginkgo Biloba und nur einer definierten Zusammensetzung (Egb 761) und Memantine angewendet wurden. Ältere Studien untersuchten durch Anwendung anderer Diagnosekriterien häufig sehr heterogene Populationen und sind daher noch weniger vergleichbar als Studien zur Alzheimerkrankheit. Einige häufiger eingesetzte Substanzen sind mit den wesentlichsten Studien dazu in Tabelle 4-32 zusammengefasst. Eine weitere Differenzierung kann aufgrund der unzureichenden Studienlage nicht seriös vorgenommen werden. Die Wirksamkeitsbeurteilung von Ginkgo Biloba und Memantine bei der vaskulären Demenz entspricht der bei der Alzheimerkrankheit.

4.7.4.4.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Die umfassende Studienlage ermöglicht, wie oben angeführt, eindeutige Aussagen zu den Ergebnissen. Unter den Neuroleptika eignen sich danach zur Therapie von Verhaltenssymptomen z. B. Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon, unter den Antidepressiva z. B. Sertralin und Trazodon, unter den anderen Substanzen z. B. Carbamazepin und Valproinsäure[43]. Zu neueren Substanzen wie Amisulprid fehlen noch spezifische Studien, auch wenn sich aus klinischen Erfahrungen heraus Hinweise auf eine vergleichbare Wirksamkeit ergeben. Die Auswahl des jeweiligen Medikaments wird in Abhängigkeit von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls (Art der Symptome und zu erwartender Nebenwirkungen) getroffen.

4.7.4.5 Empfehlungen von Interessensverbänden

Derzeit erhalten etwa 50 % der Patientinnen und Patienten Medikamente gegen Verhaltensstörungen (Primär Neuroleptika). Nur etwa 10 % erhalten Antidementiva. BDA und DGPPN haben sich zur Arzneimitteltherapie der Verhaltensstörungen sowie zur antidementiven Therapie geäußert. Die Empfehlungen der DGPPN münden erneut in ein schweregradgestuftes Therapieschema (Abbildung 4-9). Das AkdÄ-Papier weicht deutlich von den anderen Empfehlungen ab. Während BDA und DGPPN, DGGPP und BVDN Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensstörungen abgeben, fehlen diese bei der AkdÄ. Während die AkdÄ in der ersten Auflage ihrer Therapieempfehlung zu Antidementiva eine den anderen Leitlinien vergleichbare Einschätzung vornahm, weicht die jetzt vorliegende 2. Auflage von allen anderen Leitlinien deutlich ab. Die AkdÄ empfiehlt nur ein einziges Medikament mit ihrer höchsten Wertung (zwei aufwärts gerichtete Pfeile). Nach Auffassung der Fachgesellschaften und der Hirnliga e. V., einem Zusammenschluss der Demenzforscher Deutschlands, widerspricht diese Empfehlung der aktuellen Datenlage, da keine Vergleichsstudien mit anderen z. T. nebenwirkungsärmeren oder preiswerteren Präparaten vorliegen. Die therapeutischen Möglichkeiten werden so erheblich eingeschränkt. Die Fachverbände weisen darauf hin, dass unter Anwendung der „Evidenzkriterien“ der AkdÄ sechs weitere Substanzen, nämlich Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin und Tacrin eine positive „Zweipfeilwertung“ hätten erhalten müssen. Die Einschätzung der Fachgesellschaften wird auch von der WHO durch die Wertung der Substanzen als Antidementiva gestützt. In den Entwürfen der Positivliste sind sie berücksichtigt.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien und der vorliegenden Literatur ergibt sich danach die in Übersicht 4-7, Seite 271 dargestellte schweregradgestufte medikamentöse Therapie.

[43] Aus Gründen der Neutralität werden keine Handelsnamen für die Substanzen genannt.

Tabelle 4-30

Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA = Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien)

Substanz	Wirksamkeiststudien	Ergebnis	Vergleichsuntersuchungen
Dihydroergotamin (Codergocrin)	Thompson & Briggs 2000 Schneider & Olin 1994(MA von 47 Studien)	Nicht signifikant Geringe Wirksamkeit	Spilich et al. 1996 Pyritinol besser als Codergocrin
Donepezil	**Rogers, S. & Friedhoff 1996** **Rogers, S. et al. 1998** **Burns et al. 1999** **Homma et al. 2000** **Birks, J. et al. 2000 (MA)** **Mohs et al. 2001** **Winblad et al. 2001**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**	Keine
Galantamin	**Raskind et al. 2000** **Tariot et al. 2000** **Olin & Schneider 2001(MA)**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**	Keine
Ginkgo biloba EgB 761 (nur zu dieser Zusammensetzung liegen Studien vor)	Weiss, H. & Kallischnigg 1991 (MA) Kleijnen & Knipschild 1992 (MA) Maurer et al. 1997 Van Dongen et al. 2000 **Kanowski et al. 1996** **Le Bars et al. 1997;Le Bars et al. 2000** **Oken et al. 1998 (MA)** **Ernst, E. & Pittler 1999 (MA)**	Wirksam Wirksam Wirksam Nicht signifikant **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**	Keine
Memantine	Winblad & Poritis 1999 **Reisberg 2000**	Wirksam **Wirksam**	Keine
Nicergolin	Battaglia et al. 1989 Nappi et al. 1997	Wirksam Wirksam	Keine
Nimodipin	Herrschaft 2001a(MA) **Lopez-Arrieta & Birks 2000 (MA)**	Wirksam **Nicht belegt**	Zirm et al. 1994 Nimodipin besser als Piracetam
Piracetam	Croisile et al. 1993 **Flicker & Grimley 2000 (MA)**	Wirksam **Weitere Untersuchungen erforderlich**	Zirm et al. 1994 s.o.
Pyritinol	Knezevich et al. 1989 Herrschaft 2001b Heiss et al. 1994	Wirksam Wirksam Nicht belegt	Spilich et al. 1996 s.o.
Rivastigmin	**Corey-Bloom et al. 1998** **Rösler et al. 1999** **Birks, J. et al. 2000 (MA)**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**	Keine
Tacrin	**Farlow et al. 1992** **Davis, K.L. et al. 1992** **Knopman et al. 1996** **Qizilbash et al. 2000 (MA)**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam** **Weitere Untersuchungen erforderlich**	Keine

Tabelle 4-31

Wirksamkeit der Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit

	Beeinflussung kognitiver Funktionen nach 6 Monaten			**Beeinflussung anderer „Ebenen“ (Unterschiedliche Skalen)**		**Nebenwirkungen**
	Verum vs. Placebo bei Endpunkt	**Verlauf Verum Endpunkt vs. Baseline**	**Responderrate Verum/Placebo**	**Klinischer Globaleindruck Verum/Placebo**	**Aktivitäten des Alltags Verum vs. Placebo**	
Dihydroergotoxin	–	–	keine Daten	keine Daten	0	+
Donepezil	+++	+++	+++	+	+	+
Galantamin	+++	++	++	+	+	+
Ginkgo biloba Extrakt Egb761	+++	+++	+++	+	+	+++
Nicergolin	++	+	+	+	keine Daten	++
Nimodipin	0	0	+	keine Daten	+	+
Piracetam	++	+	+	keine Daten	+	++
Pyritinol	0	0	0	keine Daten	0	++
Rivastigmin	+++	++	+	+	+	+
Tacrin	+++	+	++	+	+	–
Beurteilungskriterien						
–	gut belegte negative Studie(n)	Gut belegte negative Studie(n)	fehlende Überlegen-heit	Verschlechterung	negative Effekte	häufig erhebliche Nebenwirkungen
0	Positive und negative Studien	Positive und negative Studien	keine Daten	Unverändert	negative und positive Studien	häufig mäßige Nebenwirkungen
+	Positive Studie mit eingeschränkter Methodik	Besser als Placebo oder älteres Studiendesign	Differenz <10 % oder nur älteres Studiendesign	leichte Verbesserung (<1)	positive Effekte in einer Skala	häufig leichte Nebenwirkungen
++	Mehrere positive Studien auch mit eingeschränkter Methodik	< 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert	<20 % Differenz bei Kriterium 4 ADAS-kog Punkte	Mittlere Verbesserung (<2)	Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben	gelegentlich leichte Nebenwirkungen
+++	Mindestens eine positive Studie mit optimierter Methodik	∝ 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert	Differenz ∝ 20 % bei Kriterium 4 ADAS-kog Punkte	starke Verbesserung (∝2)	Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben	seltene Nebenwirkungen leichter Ausprägung

Tabelle 4-32

Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der vaskulären Demenz (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA-Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien

Substanz	Wirksamkeiststudien	Ergebnis
Dihydroergotamin (Codergocrin)	**Schneider & Olin 1994(MA)** **Olin et al. 2000 (MA)**	**Geringe Wirksamkeit** **Wirksam**
Ginkgo biloba Egb761 (nur zu dieser Zusammensetzung liegen Studien vor)	**Kanowski et al. 1996** **Le Bars et al. 1997;Le Bars et al. 2000**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**
Memantine	**Winblad & Poritis 1999** **Wilcock 2000** **Orgogozo & Forette 2000**	**Wirksam** **Wirksam** **Wirksam**
Nicergolin	Herrmann, W.M. et al. 1997 Nappi et al. 1997 Saletu et al. 1995	Wirksam Wirksam Wirksam
Nimodipin	Zirm et al. 1994	Wirksam
Piracetam	Herrmann, W.M. & Kern 1987, diverse Studien zu Teilbereichen der demenziellen Symptomatik z.B. Kessler et al. 2000 (Aphasien) **Flicker & Grimley 2000 (MA)**	Wirksam Wirksam **Weitere Untersuchungen erforderlich**

Übersicht 4-7

Schweregradabhängige medikamentöse Therapie

Schwere-grad (GDS)	Behandlungsziele	Psychopharmakologische Behandlung
1	Keine Behandlung erforderlich	Nicht erforderlich
2	Erhalten der Fähigkeiten	Auf Wunsch des Patienten
3	Leichte Besserung, Verlaufsprotrahierung	Antidementiva (z. B. Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin oder Tacrin nach Nutzen-Risiko-Abwägung; ggf. Teilnahme an Antidementivastudien). Bei Bedarf Antidepressiva oder Antipsychotika
4	Verlaufsprotrahierung	Wie 3.
5	Verlaufsprotrahierung, Vorbeugung gegen Begleiterkrankungen	3 fortführen. Antidepressiva und Antipsychotika bei nicht kognitiven und Verhaltensstörungen
6	Somatische Stabilisierung, Ermöglichen der Pflege	Wie 5. Antidementiva mit Wirksamkeitsnachweis bei schwerer Demenz
7	Erhalten der Pflegefähigkeit, Sterbebegleitung	Der Nutzen von Antidementiva ist nicht untersucht. Ggf. Antidepressiva und Antipsychotika.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

4.7.4.6 Zusammenfassung

Zur Behandlung der Kernsymptomatik der Alzheimerkrankheit stehen mehrere Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus zur Verfügung. Die Wirksamkeit ist anhand gut dokumentierter Studien belegt. Die Vergleichbarkeit der Substanzen ist aus zwei Gründen eingeschränkt. Ältere Studien lassen sich mit neueren Studien aufgrund unterschiedlicher Methodik nicht vergleichen. Zwar gibt es auch bei neueren Studien methodische Unterschiede, zumindest aber in dem Messen des kognitiven Parameters mit der ADAS-kog stimmen die Studien überein. Leider fehlt es aber an Studien zum direkten Vergleich von Substanzen, insbesondere zu den neueren Substanzen. Wird berücksichtigt, dass die Untersuchungsergebnisse im statistischen Sinne nur Schätzwerte sind, die innerhalb der Vertrauensgrenzen für den wahren Wert liegen, zeigt sich in den neueren Untersuchungen kein Unterschied. In der Verträglichkeit der Substanzen gibt es deutliche Unterschiede, die es notwendig machen, verschiedene Substanzen zur Verfügung zu haben, um bei Nebenwirkungen auf ein anderes Präparat ausweichen zu können. Bei weiterhin ungeklärter Ursache der Alzheimerkrankheit kann angenommen werden, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten die gleichen Entstehungsbedingungen zugrunde liegen. Hieraus resultiert, dass nicht jede Substanz bei jedem Patienten die gleiche Wirksamkeit zeigen wird. Beide Argumente machen deutlich, dass Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus parallel verfügbar sein sollten.

Für die Behandlung der vaskulären Demenz liegen nur für Ginkgo Biloba (Egb 761) und Memantine methodisch aktuelle Studien mit positivem Wirksamkeitsnachweis vor.

4.7.5 Aktuell erreichbare Therapieziele

4.7.5.1 Ziele

Bei einer eindimensionalen Betrachtung der mit einer Therapie erreichbaren Ziele mit den Meilensteinen Verlaufsverzögerung, Verlaufsstillstand und Heilung, ist mit den bisher vorliegenden therapeutischen Möglichkeiten lediglich eine Verlaufsverzögerung zu erreichen. Für die medikamentöse Therapie bedeutet das in etwa eine Verlaufsverzögerung von einem Jahr +/– sechs Monate. Für soziale und psychologisch fundierte Therapien sind vergleichbare Daten nicht verfügbar. Insgesamt ist damit die derzeitige Behandelbarkeit der Alzheimerkrankheit zwar nur begrenzt möglich, Nichtbehandlung aber keinesfalls zu vertreten.

Werden keine Tests zur Messung der Verlaufsverzögerung eingesetzt, ist der Therapieerfolg nicht so hinreichend messbar, dass er in jedem Einzelfall sichtbar wird. Die Wirksamkeit der Antidementiva ist vielmehr der Prophylaxe des Hirninfarktes mit Acetylsalicylsäure vergleichbar: Bei Gruppenbetrachtung über Jahre wird die Wirksamkeit der Therapie deutlich, bei Einzelbetrachtung ist eine „geringere Verschlechterung“ nicht feststellbar. Da aus ethischen Gründen nur offene Studien über längere Zeit andauern können, liegen entsprechende Daten auch nur von offenen Studien vor. Diese können belegen, dass nach drei Jahren medikamentöser Therapie, aber beinahe in gleichem Umfange auch nach psychosozialer Intervention eine annähernde Halbierung der Heimeinweisungsrate von 80 % auf 40 % zu beobachten ist (Ferris & Mittelman 1996). Neben den anderen Veränderungen in Kognition und Verhalten zeigt sich sowohl eine primär menschliche als auch eine ökonomische Relevanz. Die Kombination medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung trägt damit auch dem Grundsatz ambulant vor stationär bzw. institutionalisiert Rechnung.

Die Therapie der Verhaltenssymptome zeigt von Einzelfällen abgesehen durchaus bereits heute befriedigende Ergebnisse. Hier steht das Ziel der Entwicklung von Medikamenten mit noch geringeren Nebenwirkungen im Vordergrund. Da diese Medikamente jedoch alle auch bei jüngeren Menschen eingesetzt werden und dadurch entsprechenden Umsatz versprechen, kann von einer unabhängigen Weiterentwicklung ausgegangen werden, die gezielte Unterstützung nicht erfordert.

4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation

Zahlreiche Studien haben sich mit den ökonomischen Folgen von Demenzerkrankungen auseinandergesetzt. Übereinstimmung besteht darin, dass Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen im höheren Alter gehört, wobei ein steiler Kostenanstieg mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung festzustellen ist (Bickel 2001).

Des Weiteren zeigen die Untersuchungen, dass indirekte Kosten (unbezahlter Betreuungsaufwand der Angehörigen von durchschnittlich sechs bis zehn Stunden pro Tag) den höchsten Anteil (bis zu zwei Drittel) der Gesamtkosten ausmachen; dabei sind Kosten auf Seiten der Pflegenden wie Verlust an Lebensqualität oder psychische und körperliche Belastungen und daraus resultierende Erkrankungsfolgekosten zumeist nicht eingerechnet.

Bei den direkten Kosten (Zahlungen für professionelle medizinische und pflegerische Hilfe) machen Kosten für die stationäre Langzeitbetreuung in Pflegeheimen mit 50 bis 75 % der Aufwendungen den höchsten Anteil aus; auf die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung, ärztliche Konsultationen und Arzneimittel entfallen weniger als 3 % der Gesamtkosten.

Bezogen auf die Situation in Deutschland ermittelten Hallauer et al. (2000) jährliche durchschnittliche Gesamtkosten für einen Patienten mit Alzheimer-Demenz in Höhe von 85 600 DM (43 767 Euro), wobei die indirekten Kosten für die Betreuungsleistungen der Familien mit 67,9 % (58 100 DM/29 706 Euro) den größten Anteil ausmachen.[44] 29,6 % (25 350 DM/12 961 Euro) entfallen auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 2,5 % (2 150

[44] Angelehnt an den durchschnittlichen Bruttoverdienst der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland (1997) wurde von den Autoren zur Berechnung der indirekten Kosten für die pflegende Tätigkeit Angehöriger ein Studenlohn von rund 25 DM (13 Euro) zugrunde gelegt (ebd.: 75). Erhaltenes Pflegegeld von der Pflegeversicherung blieb bei der Berechnung der unbezahlten Betreuungskosten pflegender Angehöriger allerdings unberücksichtigt.

DM/1 099 Euro) auf die gesetzliche Krankenversicherung.[45] Die Kosten steigen mit zunehmendem Schweregrad der Demenz bis auf rund 180 000 DM (92 000 Euro). Dieser Ansteig ist auf den stark zunehmenden Betreuungsaufwand der Familien (bei häuslich untergebrachten Demenzkranken), den höheren Betrag für Zuzahlungen für Medikamente und Therapien sowie auf die höheren Ausgaben der Pflegeversicherung zurückzuführen. Aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung sind die jährlichen Aufwendungen bei den sehr schwer kognitiv Beeinträchtigten (1 504 DM/769 Euro) niedriger als bei den leicht (2 281 DM/1 166 Euro), mittel (2 402 DM/1 228 Euro) oder schwer Beeinträchtigten (2 407 DM/1 231 Euro.). Der Kostenanteil für Medikamente liegt dabei zwischen 38 % (schwer kognitiv Beeinträchtigte) und 47 % (leicht kognitiv Beeinträchtigte).

Aufgrund der hohen Versorgungskosten für die Betreuung Demenzkranker ist eine Evaluation der Kosten von Medikamenten sinnvoll, die den Demenzverlauf günstig beeinflussen, im Vergleich mit den dabei erzielbaren Ersparnissen.

Für eine Reihe von Antidementiva (siehe Tabelle 4-31) ist die Wirksamkeit sehr gut belegt: Ihre Anwendung führt bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerkrankheit zu einer Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenz und trägt dazu bei, dass eine kostenintensive Versorgung in einem Pflegeheim hinausgezögert werden kann. Es bleibt nicht nur die persönliche Selbstbestimmung der Demenzkranken länger erhalten, sondern die Belastungen für die Betreuenden werden reduziert.

Pharmakoökonomische Studien zu Tacrin ergaben – je nach methodischem Vorgehen – eine Kostenreduzierung zwischen 1,3 und 17 % (Wimo 1999). Knopman et al. (1996) konnten zeigen, dass unter hinreichender Therapie mit Tacrin nach 3 Jahren halb soviele (40 %) gegenüber nicht oder unzureichend behandelten Patientinnen und Patienten (80 %) in ein Altenheim eingewiesen worden waren. Auch für andere Antidementiva wie Galantamin ist belegt, dass ihre Anwendung – im Vergleich zu einer Placebogruppe – den Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinausschiebt und es – auch unter Berücksichtigung der Kosten für die medikamentöse Behandlung – zu einer signifikanten Reduktion der Gesamtkosten kommt (Getsios et al. 2001).

In Deutschland liegt bislang nur eine Studie vor, in der die pharmakoökonomischen Auswirkungen der Anwendung des Antidementivums Donepezil geschätzt wurden (Hallauer 2001). Hätte man im Jahr 2000 alle Demenzkranken in Deutschland mit Donepezil behandelt, so wären Medikamentenkosten in Höhe von 1,5 Milliarden Euro entstanden. Aufgrund des Wirkungsprofils von Donepezil hätte man jedoch 519 Millionen Euro in der gesetzlichen Pflegeversicherung sparen können. Wesentlich größer ist die Ersparnis bei den indirekten Kosten für den Betreuungsaufwand der Familien in Höhe von 2,2 Milliarden Euro, welche die Medikamentenkosten deutlich übersteigen.

Die Kosten-Nutzen-Relation für psychosoziale Therapieansätze hat andere Prämissen. Neben dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis findet sich auch ein höherer Kostenfaktor. Aufgrund vorliegender Daten ist davon auszugehen, dass erst ab einer Stundenzahl von etwa sechs Stunden pro Woche überhaupt ein Effekt nachzuweisen sein wird. Je nach Größe der Therapiegruppe und Art des Therapeuten entstehen hohe Kosten. Würde eine Therapie von diplomierten Psychologinnen und Psychologen in Gruppen von sechs Personen mit sechs Stunden pro Woche durchgeführt, wäre unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten eine durchgängige Therapie von ca. 24 Patientinnen und Patienten durch einen Psychologen möglich. Es entstünden damit Therapeutenkosten von ca. 5 400 DM (2 761 Euro) pro Patient und Jahr oder von im Mittel etwa 18 000 DM (9 203 Euro) über den Zeitraum nach Erkennen der Demenz, wenn der Annahme kürzerer Krankheitsverläufe gefolgt wird. Leider lässt sich der Einspareffekt nicht errechnen, da keine adäquaten Studien zur Wirksamkeit vorliegen. Läge ein Einspareffekt von gleicher Dauer wie bei der medikamentösen Therapie vor, wäre immer noch von einer wenn auch geringeren Kosteneinsparung auszugehen als unter medikamentöser Behandlung.

Es besteht kein Zweifel daran, dass Medikamente zur Behandlung von Verhaltenssymptomen den Umgang mit Demenzkranken erleichtern und damit durch geringeren Pflegeaufwand eine positive Kosten-Nutzen-Relation herbeiführen. Ebenso eindeutig ist die Situation bei der Auswahl der Medikamente, da teurere Medikamente in dieser Indikation weniger Nebenwirkungen zeigen. Da sich Nebenwirkungen primär in der Lebensqualität äußern, und diese sich nicht in Geld aufrechnen lässt, kann sich die Kosten-Nutzen-Analyse allerdings bei Medikamenten zur Behandlung von Verhaltenssymptomen primär nur an menschlich-ethischen Erwägungen orientieren. Hiernach sollte kein Zweifel bestehen, dass Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen ohne zusätzliche Auflagen verordnet werden sollten. Die Nebenwirkungsargumente haben insbesondere für die Gruppe hochaltriger Patientinnen und Patienten ein besonderes Gewicht.

4.7.6 Perspektiven der Therapie

4.7.6.1 Soziotherapie

Die unbefriedigende Studienlage im Bereich sozialer Therapien beruht im Wesentlichen auf einer unzureichend entwickelten Methodik. Eine Vielzahl methodisch limitierter Studien dokumentiert das. Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung sozialer Therapien muss daher zuerst in einer Weiterentwicklung der Methodik bestehen. Entsprechende wissenschaftliche Ansätze bedürfen einer staatlichen Förderung. Sobald eine valide Methodik entwickelt worden ist, sind in allen Bereichen sozialer

[45] Nicht berücksichtigt wurden die Ausgaben der Sozialhilfeträger, insbesondere die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege. Aus der Veröffentlichung geht nicht eindeutig hervor, welcher Anteil an den Kosten der Heimunterbringung auf die verschiedenen Kostenträger entfällt.

Therapie Studien dringend erforderlich. Einige besonders zentrale Fragestellungen seien hierbei erwähnt:

- Evaluation der Qualität von Beratungsstellen
- Einfluss des sozialen Milieus auf Symptomausprägung und Gestaltung der Krankheit
- Evaluation von institutionellen Angeboten
- Aus dem Schweregrad der Krankheit resultierende erforderliche soziotherapeutische Maßnahmen
- Qualität und Wirksamkeit aufsuchender Dienste
- Einflüsse innen- und außenarchitektonischer Maßnahmen auf das Verhalten
- Einflüsse von Wohngruppengröße und Zusammensetzung auf das Verhalten
- Welche besonderen Bedürfnisse der Hochaltrigen müssen berücksichtigt werden, damit Angebote für sie gut erreichbar werden?

Diese sicher unvollständige Aufzählung von Zielen macht deutlich, wie nötig weitere Forschung in diesem Bereich ist. Bis zum Vorliegen von validen Studienergebnissen sollten alle plausiblen Therapien eingesetzt werden, von denen keine Beeinträchtigungen der Kranken zu erwarten sind.

4.7.6.2 Psychotherapie

Genauso wie für die soziotherapeutischen Maßnahmen, ist auch für die psychotherapeutischen Maßnahmen primär eine Weiterentwicklung der Methodik zu fordern. Auch hier werden sich nur unter optimierter Methodik valide Aussagen zur Wirksamkeit psychologischer Interventionen treffen lassen. Im psychotherapeutischen Bereich beleuchten die Themen von Studien mit unzureichender Methodik ein weites Spektrum dringend zu klärender Forschungsfragen. Erwähnt seien hier insbesondere:

- Welche besonderen Erfordernisse sind mit der Psychotherapie bei Hochaltrigen verbunden?
- Welche psychotherapeutischen Maßnahmen sind für Demenzkranke geeignet?
- Bei welchem Schweregrad ist welche Therapie geeignet?
- Welche Verhaltensstörung spricht auf welche Therapie am besten an?
- In welchem Umfang müssen Therapien durchgeführt werden, um einen Effekt erreichen zu können?
- Können Personalqualifizierungsmassnahmen (z. B. in Altenheimen) psychotherapeutische Maßnahmen auch durch andere Berufsgruppen einsetzbar machen?
- Können psychologische Trainingsmaßnahmen von Pflegepersonen den Umgang mit Kranken erleichtern?

Würden solche Ergebnisse hinreichend methodisch gesichert erhoben, ließe sich dadurch die therapeutische Versorgung im Bereich der Psychotherapie für Demenzkranke deutlich verbessern.

Bis zum Vorliegen von validen Studienergebnissen sollten ebenso wie bei der Soziotherapie alle plausiblen Therapien eingesetzt werden, von denen keine Beeinträchtigungen der Kranken zu erwarten sind.

4.7.6.3 Zukünftige Perspektive der medikamentösen Therapie

Weltweit werden zz. eine Vielzahl von therapeutischen Ansätzen auf ihre Wirksamkeit bei der Demenz überprüft. Eine Übersicht über zwei neue Ansätze findet sich in Übersicht 4-8.

Hervorzuheben ist, dass sehr unterschiedliche ätiologische Annahmen zur Entwicklung von Substanzen geführt haben. Neben den Substanzen, die auf die Botenstoffe zwischen den Nervenzellen ausgerichtet sind, gestatten es die Ergebnisse der neueren Genforschung auch, in die Kette der Entstehung der pathologischen Eiweißablagerung bei der Alzheimerkrankheit einzugreifen. Neben den potenziellen therapeutischen Möglichkeiten wäre mit den klinischen Studien zur Wirksamkeit auch eine Überprüfung der Gültigkeit der Annahmen der Genforscher verbunden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wäre es unseriös, selbst nur mittelfristige Prognosen zur Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten abzugeben. Wenn als nächster Meilenstein der Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten der Krankheitsstillstand angestrebt würde, käme als therapeutischer Ansatz, der potenziell die Möglichkeit haben könnte, diesen Meilenstein zu erreichen, am ehesten die Verhinderung der Eiweißablagerung in Betracht. Erste Substanzen, die das leisten können, könnten unter günstigen Bedingungen in drei Jahren die Zulassungsreife erreichen (Nitsch et al. 2000). Das Ziel würde allerdings nicht erreicht, wenn es sich bei den Eiweißablagerungen nur um ein Epiphänomen der Erkrankung handelte.

4.7.7 Fazit

Eine „Heilung“ der Demenz ist derzeit nicht möglich. Die therapeutischen Möglichkeiten erlauben eine Verlaufsverzögerung von sechs bis zwölf Monaten. Am besten belegt ist die Wirkung der Medikamente. Es ist vorteilhaft, dass Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus und unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil zur Verfügung stehen, da so einem größeren Teil der Erkrankten geholfen werden kann. Für sozio- und psychotherapeutische Möglichkeiten fehlt es an methodisch ausreichend qualifizierten Studien schlechthin. Für die Wirksamkeit sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen sprechen im Moment lediglich die Plausibilität und positive Rückmeldungen der Pflegenden. Zur Entlastung der Pflegenden und um der Aussicht zur Verzögerung der Heimeinweisung beizutragen, sollten diese Therapien jedoch auch schon vor der wissenschaftlichen Bestätigung eingesetzt werden. Bei der medikamentösen Therapie der Verhaltenssymptome haben neuere nebenwirkungsärmere Medikamente das geringste Risiko, Patientinnen und Patienten zu schädi-

Übersicht 4-8

Neuere Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit

	AF102B beispielhaft für die AF-Serie	AN-1792
Wirkmechanismus	Muskariner Rezeptor-Agonist	Immunaktivator: Antikörper gegen Plaques machen Plaques für die Körperabwehr erkennbar
Studienlage	Weitere Studien notwendig	ca. 80 Probanden untersucht
Wirksamkeit im Tierversuch	Nachgewiesen	Nachgewiesen
Wirksamkeit bei Patienten	19 Patienten untersucht	Erste Untersuchungen Ende 2001 zu erwarten

gen, und sollten daher ohne Beschränkung eingesetzt werden können. In allen angesprochenen Bereichen ist ein Forschungsdefizit festzustellen, das es zu beseitigen gilt. Im Bereich der soziotherapeutischen Maßnahmen ist zusätzlich eine Fortentwicklung der Methoden dringend erforderlich.

Unter Kostengesichtspunkten führt eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie zu einer positiven Kosten-Nutzen-Relation. Durch die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung fallen die Ersparnisse jedoch nicht in dem Bereich an, in dem die Ausgaben getätigt werden. Hieraus erklärt sich die gelegentlich offen verbalisierte, mangelnde Bereitschaft von Kostenträgern, entstehende Behandlungskosten zu übernehmen.

4.8 Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote

4.8.1 Ausgangssituation

Nach der Darstellung der einzelnen relevanten Unterstützungs- und Versorgungsleistungen geht es im folgenden Kapitel um deren Zusammenwirken bzw. um die Schwachstellen bei dieser notwendigen Integration und den daraus zu ziehenden Konsequenzen. Die Forderung nach Vernetzung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen ist keineswegs neu. Da aber gerade Hochaltrige und Demenzkranke auf vernetzte Angebote angewiesen sind, soll dieses Thema hier vertieft behandelt werden.

Wie bereits mehrfach dargelegt, sind gesundheitliche Beeinträchtigungen Hochaltriger in der Regel durch Multimorbidität und progrediente Einschränkungen charakterisiert. Hochaltrige Menschen sind zudem in Gefahr, Selbststeuerungsmöglichkeiten ihrer Lebenssituation und Versorgung zu verlieren, und zwar nicht allein aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, sondern auch aufgrund der Ausdünnung ihres sozialen Netzes. Sie sind für die Unterstützung und Gestaltung ihrer Lebensumstände oftmals weitgehend auf Professionelle angewiesen. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Unterstützungsleistungen wie medizinische Therapie, Pflege, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch für die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also die Steuerungserfordernisse der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag.

Diese Problemsituationen machen es notwendig, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und mit unterschiedlichen Berufsgruppen in Kontakt treten müssen. Dabei vollziehen sich Übergänge zwischen Institutionen und Berufsgruppen, etwa von einem Akutkrankenhaus und den dort arbeitenden Medizinern in die häusliche Situation unter Betreuung eines ambulanten Pflegedienstes. Um einen Versorgungsübergang nicht zu einem Bruch der Versorgungskette werden zu lassen, ist die Vernetzung von Institutionen, Diensten und Berufsgruppen notwendig, bei der es in erster Linie darum geht, die Versorgung der betroffenen Person zu optimieren. Bei der Vernetzung handelt es sich um die gegenseitige Information und Abstimmung von Institutionen und Berufsgruppen im Sinne der betroffenen Person. Schwierig wird Vernetzung dann, wenn nicht die zu betreuende und versorgende Person im Mittelpunkt steht, sondern die Bedürfnisse der Institutionen oder der beteiligten Berufsgruppen.

4.8.2 Phasen langfristiger Krankheitsentwicklung Hochaltriger: Das Verlaufsmodell

Strauss et al. entwickelten ein Krankheitsverlaufsmodell als „model for health policy and practice“ (Strauss & Corbin 1988), das sie als Verlaufsmodell („Traject-Modell“) bezeichnen (Corbin & Strauss 1991). Mit dem Begriff „Verlauf“ ist der zu erwartende Prozess des Krankheitgeschehens sowie der Implikationen für das Alltagsleben der betroffenen Person gemeint. Im Zentrum steht ein Krankheitsgeschehen im Lebenskontext der Betroffenen. Das Modell wurde entwickelt, um der Situation und vor allem der Perspektiven der zunehmenden Anzahl chronisch Kranker besser gerecht werden zu können. Obwohl das Bild eines aktiv handelnden Individuums in den Mittelpunkt gestellt

wird, verweisen die Autoren auf das dem Modell innewohnende Spannungsverhältnis zwischen Handeln und Erleiden, die komplementäre Muster im Krankheitsverlauf sein können. Das Modell wurde für den Einsatz in der Pflege (Corbin et al. 1993) und für den interprofessionellen Einsatz (Höhmann 2001b) modifiziert.

Dem Modell liegen Phasen eines Krankheitsverlaufs zugbunde, die hier modifiziert (Riemann & Schütze 1991) in verschiedene Stadien vorgestellt werden (Höhmann et al. 1998). Diese Stadien bewegen sich in Dimensionen mit den beiden Polen „Unabhängigkeit der Person“ und „Abhängigkeit der Person“. Die Stadien müssen nicht in der hier genannten Reihenfolge auftreten, und zudem können Stadien mehrfach auftreten. Die Phasen der Krankheitsverlaufskurve lauten:

a) Anwachsen des Risikopotenzials: Bereits vor Beginn eines Unterstützungsbedarfs zeichnen sich Risiken ab, die oft übergangen werden, oft auch durch einfache Hilfen aufgefangen werden könnten. Präventives, hinausschiebendes Handeln unterbleibt jedoch typischerweise.

b) Auslösendes Ereignis: Einschneidende Ereignisse setzen die Verlaufskurve in Gang, z. B. der Tod eines nahen Angehörigen oder ein Sturz mit Schenkelhalsfraktur. Der Unterstützungsbedarf wird manifest.

c) Labiles Gleichgewicht: Ob ein gelungener Anpassungsprozess an eingeschränkte Lebensaktivitäten geleistet werden kann, hängt von vielen Faktoren ab, von der eigenen Einstellung zu der Krankheit, von Kontrollüberzeugungen und von den sozialen Unterstützungssystemen.

d) Erschöpfung der personalen Handlungskapazitäten: Je mehr erprobte Bewältigungsroutinen an Problemlösungskapazität verlieren, desto mehr Kraft erfordert eine Neuausrichtung. Die zunehmend notwendige Aufmerksamkeit und Organisationsanstrengungen auf die kleineren Probleme des Alltags reduziert die Handlungskapazitäten der Betroffenen. Scham und Rückzug oder aggressive Abwehrmechanismen prägen häufig die Alltagssituationen. Zukunftsvorstellungen verschwimmen und Folgeprobleme treten auf.

e) Entwicklung von Problemen „zweiter“ Ordnung: Diese entstehen zum ersten durch die Tendenz, sich auf die grundlegenden Beeinträchtigungen zu konzentrieren und entweder demonstrativ gegenzusteuern (z. B. eine Herzkranker möchte seine Leistungsfähigkeit unangemessen beweisen) oder sich fallen zu lassen (z. B. Bewegungs- bzw. schmerzvermeidende Reaktionen bei Arthritis mit folgender Immobilität, Gelenkversteifung, Muskelabbau und einer Kaskade von Folgewirkungen). Die zweite Einflussgröße liegt hier in der begrenzten Sichtweise von den jeweiligen hinzugezogenen Professionellen. Diese nimmt die gesundheitlichen Folgen der Situation des Betroffenen höchstens ausschnittsweise in den Blick.

f) Labiles Gleichgewicht gerät ins „Trudeln“: Das mühsam aufrecht erhaltene Gleichgewicht kann auch durch zunächst nicht dramatisch erscheinende Ereignisse ins Trudeln geraten, z. B. durch unterschiedliche Handlungsstrategien, durch Veränderungen des Umfeldes, z. B. durch eine Krankenhauseinweisung oder auch die Mitteilung einer belastenden Prognose.

g) Zusammenbruch der Handlungsorientierung: Hier handelt es sich um ein Zusammenspiel von inneren Wandlungsvorgängen und äußeren Faktoren, die „das Fass zum Überlaufen“ bringen. Das Fortschreiten der Krankheit, Abnahme eigener Kompetenzen, die Entstabilisierung der Identität und eine nicht mehr zu kompensierende physische, psychische oder psychosoziale Belastung kennzeichnen die Phase. Eventuell kann durch geeignete Gegenmaßnahmen die Entwicklung umgelenkt oder unter Kontrolle gebracht werden. Gerade bei sehr langfristiger Leidbelastung ist dies eine Phase, die durch passives Erleiden, Aufgabe, Mutlosigkeit und Fallenlassen charakterisiert ist.

Als ein Beispiel für einige der beschriebenen Phasen wird die folgende in einem Projekt analysierte Krankheitsverlaufskurve vorgestellt (vgl. Höhmann et al. 1998, Höhmann 2001b). Die allein lebende Frau C. bewältigt mit ihren 85 Jahren ihren Alltag weitgehend selbstständig, wobei ein enger Kontakt zu einer Nichte besteht, die sie regelmäßig besucht.

a) Anwachsen des Risikopotenzials: Frau C. trauert um den Tod ihrer Tochter und ihrer Schwiegertochter vor wenigen Jahren. Sie beginnt unter einer beidseitigen Gonarthrose zu leiden, hat eine arterielle Hypertonie und eine kompensierte Herzinsuffizienz sowie schließlich einen grauen Star, der ihre Sehfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Vor dem auslösenden Ereignis hat sie sehr viel anstrengenden Besuch.

b) Auslösendes Ereignis ist ein Schlaganfall mit Hemiparese links. Die Patientin ist jedoch bewusstseinsklar und orientiert, auch die Sprache ist nicht beeinträchtigt. Nach drei Tagen Krankenhausaufenthalt wird mit Krankengymnastik begonnen, die, nach der Dokumentation zu urteilen, auch einige wesentliche Erfolge bringt (Rumpfkontrolle, Sitzen an der Bettkante etc.).

c) Entwicklung von Problemen zweiter Ordnung: Durch die Hemiparese ist Frau C. aufhilfe beim Toilettengang angewiesen. Wie auch in anderen Fallstudien deutlich wird, scheint hier ein besonderes Problem stationärer Versorgung vorzuliegen. In der umfangreichen Pflegeplanung, in der unterschiedlichste Prophylaxen vorgesehen sind, fehlt der Bereich der Inkontinenzprophylaxe völlig. Auch wenn Frau C. offensichtlich ihren Urin ca. zwei Stunden halten kann, wird kein entsprechendes Kontinenztraining durchgeführt. Die zeitliche Unberechenbarkeit der Hilfeleistung bei diesem für Frau C. zentralen pflegerischen Problem führt schließlich dazu, ständig Blasendruck zu verspüren. Angst, Unwohlsein und letztendlich Resignation sind die Folge. Schließlich wird ein Dauerkatheter gelegt, der nach wenigen Tagen zu einem gravierenden, hartnäckigen und schmerzhaften Harnwegsinfekt führt. Nach sechs Tagen wird er wieder entfernt. Nach einem etwa vierwöchigem Krankenhausaufenthalt wird Frau C. zur Anschlussheilbehandlung in eine Reha-Klinik außerhalb des Projektfeldes verlegt, obwohl sie sich körperlich noch recht schwach fühlt. Den Platz hat ihre Nichte ohne Rücksprache mit der Sozialarbeiterin vermittelt. Trotz des weiter bestehenden

Harnwegsinfekts wird am Tag vor der Verlegung erneut ein Katheter gelegt. Nach Angaben der Physiotherapeuten im Krankenhaus lehnte diese Reha-Klinik die Aufnahme „inkontinenter“ Patientinnen und Patienten wegen der zusätzlichen pflegerischen Anforderungen ab.

d) Erschöpfung der personalen Handlungskapazitäten: Frau C. wird ohne weitere pflegebezogene Überleitungsinformationen in die Reha-Klinik verlegt. Der Aufenthalt dort wird für sie wenig erfolgreich. Auch aufgrund des Dauerkatheters liegt ihr bereits angeschlagenes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen am Boden. Auch der ärztliche Entlassungsbericht aus der Rehabilitationsklinik vermerkt, dass Übungen kaum zu Erfolg geführt haben.

e) Labiles Gleichgewicht: Der Wohnbereich in dem Altenheim, in das Frau C. auf Vermittlung ihrer Nichte aufgenommen wird, erhält Informationen über Frau C. entsprechend der dort „üblichen“ Praxis lediglich vermittelt über die Verwaltung bzw. die Pflegedienstleitung. Im Altenheim erfolgt eine ausführliche auch schriftliche Anamnese. Da Frau C. voll orientiert ist und ihre Belange gut vertreten kann, erhalten die Pflegenden von ihr die wichtigen Informationen. Der für die weitere Behandlung zentrale ärztliche Entlassungsbericht der Reha-Klinik wird nicht an die aufnehmende Einrichtung, sondern an die zuvor überweisenden Klinikärzte und an die weiter behandelnde Hausärztin geschickt. Die Medikamente werden der Patientin mitgegeben, der Hausarzt wird von dem Altenheim angerufen und zeichnet dort die Medikamentenliste ab. Trotz des schmerzlichen Verlustes von Unabhängigkeit im Altenheim, versucht Frau C. dort den Blasenkatheter loszuwerden. Der Katheter wurde gezogen; dies wurde von ihr als Befreiung empfunden, und nach ihrer Aussage funktionierte die Blase sofort. Sie musste lange viel trinken und „dauernd gehen“. Dieses anfängliche „dauernd gehen müssen“ bedeutet eine große Belastung für Frau C., aber auch für die Pflegenden, die schon seit längerem in „Minimalstbesetzung“ arbeiten: Zwei Pflegende in der Frühschicht und nur ein bis zwei Pflegende in der Spätschicht müssen 44 Bewohnerinnen betreuen. So ist es bei dieser Personalbesetzung auch üblich geworden, Bewohnern mit Kontinenzproblemen gar nicht erst Toilettengänge anzubieten, sondern sie gleich zu „windeln“, weil das weniger aufwendig erscheint. Frau C. will und kann dies – bei allem Verständnis für das Pflegepersonal – nicht hinnehmen. Sie klingelt, wie es auch die Wohnbereichsleitung anmerkt, gegebenenfalls hartnäckig. Der unlösbar scheinende Konflikt zwischen sinnvollem Handeln und restriktiven pflegerischen Rahmenbedingungen ist für Frau C. und ihre Nichte ausschlaggebend, sich nach anderen Versorgungsformen umzusehen. Sie wird in eine Großstadt in Norddeutschland zu einer befreundeten Familie ziehen. Ein Familienmitglied ist Krankenschwester und will die Pflege übernehmen. Angst vor der fremden Umgebung und Hoffnung auf bessere persönliche Bedingungen wechseln sich bei Frau C. ab.

Im Unterschied zur zweimonatigen Anschlussheilbehandlung in der Reha-Klinik können in den zwei Monaten Altenheimaufenthalt dank einer trotz knapper personeller Ressourcen aktivierenden Pflege und eines angepassten krankengymnastischen Konzepts einige Fortschritte bei der Körperkontrolle erzielt werden. Bis zum Zeitpunkt ihres Umzugs nach Norddeutschland macht sie weitere wesentliche Fortschritte, wie es auch die Wohnbereichsleitung rückblickend beschreibt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Altenheim können einige Wochen später – wenn auch aus zweiter Hand – in Erfahrung bringen, wie es Frau C. in ihrem neuen Domizil ergeht:

> „Und ich habe jetzt von einer Kollegin gehört, dass die Nichte hierher kam und gesagt hat, Frau C. sei mittlerweile so weit, so top, weil sich ja den ganzen Tag eine Person nur um sie kümmert, sie ist also im Stande, alleine (betont) in der Wohnung... – ich weiß nicht, ob sie da so eine Stange hingemacht haben – nicht Gehhilfe,... an die Wand hätten die da so etwas gemacht, sie würde sich mit einer Hand festhalten und würde da die Wand lang marschieren. Jetzt müssen sie sie wohl noch (die Treppe hoch) tragen, sie muss da wohl im ersten Stock ihr Zimmer haben, aber die bekommen da so einen Lift eingebaut. Und sie wäre glücklich, es würde ihr da so gut gefallen. Und sie wäre glücklich und frei, na ja gut, die kann ja schon fast im Haushalt mithelfen, was sie so machen kann“.

Die hier geschilderte Verlaufskurve von Frau C. ist untypisch insofern, als die Betroffene aus einer Lanzeitpflegeeinrichtung wieder in ein häusliches Umfeld zurückkehrt. Dennoch können in dem Fallbeispiel die Brüche in der Versorgungskette sehr eindrücklich nachvollzogen werden. Zum Ersten verdeutlicht das Beispiel von Frau C. die Gefahr, daß spezialisierte Institutionen ausschnitthaft nur jene Probleme in den Blick nehmen, für die sich verantwortlich fühlen (z. B. die Mobilitätsförderung durch die Rehabilitationsklinik), aber die Gesamtsituation der Patientinnen und Patientien nicht in den Blick nehmen, was zur Folge hat, dass andere Problembereiche zu einer zentralen Belastung werden (z. B. die Inkontinenz). Dies wird exemplarisch an einer sich als Folgeproblem der Primärerkrankung entwickelnden Inkontinenz sichtbar. Obwohl diese als typische Komplikation bei Mobilitätseinschränkungen gerade älterer Menschen bekannt ist, besteht gerade bei Inkontinenz als typischem „Problem zweiter Ordnung“ häufig die Gefahr der Vernachlässigung.

Die ungewöhnlichen persönlichen Potenziale von Frau C. (ihr Durchhaltevermögen, die Aktivitäten der Nichte, ihre Verwandte, die sie aufnimmt) können die Professionellen jedoch nie systematisch für gemeinsame Förderungsstrategien nutzen. Die Schnittstelle zwischen professioneller, Betroffenen- und Angehörigenperspektive bleibt, vor allem in der schwierigen Situation im Krankenhaus, unüberbrückt und führt zu dysfunktionalen Effekten (z. B. Alleingang der Nichte bei der Auswahl der Reha-Klinik), weil keine wechselseitigen Informations-, Ziel- und Koordinationsabsprachen getroffen werden.

Die Verstehens- und Verständnisprobleme zeichnen sich im Krankenhaus besonders scharf ab: Der Klinikarzt interpretiert die Inkontinenz als ein Phänomen, unter dem

viele alte Leute leiden, und nimmt dieses Problem als unvermeidlich (und nicht veränderbar) hin. Der zaghafte Vorschlag einer einzelnen Pflegenden für ein Kontinenztraining geht in der Alltagsroutine unter. Frau C.'s Energie, sich gegen einen Blasenkatheter zu wehren, erschöpft sich. Währenddessen konzentrieren sich die Aktivitäten im Krankenhaus auf die vorrangige Mobilitätseinschränkung. Die Komplexität von Folgeproblemen liegen kaum im Relevanzbereich und Horizont der Professionellen. So findet die biografische und alltagsweltliche Bedrohung, die Frau C. durch die sich entwickelnde Inkontinenz erfährt, keine angemessene Berücksichtigung. Für eine pflegebedürftige Problempatientin mit dem routinesprengenden Zeitaufwand eines Kontinenztrainings hält der Krankenhausalltag kein angemessenes Therapiekonzept bereit, auch die Pflege nicht. Die Sozialarbeiterin ist nicht über das Auseinanderdriften der Handlungsprioritäten von Medizin und Pflege, die sich auf eine verengte Sicht der medizinischen Diagnose Apoplex mit Hemiparese beziehen, informiert. Noch kennt sie die auf die Folgeprobleme abzielenden Interventionserwartungen von Patientin und Angehöriger. Sie kann demzufolge ihre Beratung nicht darauf abstellen. Die Nichte kümmert sich ohne Rücksprache selbst um eine „gute, fördernde" Reha-Klinik. Sie findet eine auf Mobilitätstraining spezialisierte Einrichtung, die jedoch, ohne dass die Nichte dies berücksichtigt hätte, die Kontinenz ihrer Patientinnen und Patienten zur Voraussetzung macht. Für Frau C. wird also der Blasenkatheter zur Aufnahmebedingung. In ihren Bemühungen, die Tante möglichst bald aus dem Krankenhaus zu „befreien", handelt die Nichte in letzter Konsequenz über den Kopf der Tante hinweg und erkennt deren Überforderung nicht.

In der Rehabilitationseinrichtung wird das auf Funktionalität ausgerichtete Standardtherapieschema durchgeführt, ohne ausreichende Berücksichtigung der Blockaden von Frau C. Diese selbst wagt hingegen nicht, ihrer Zukunftsangst, ihrem verletzten Schamgefühl und den unangenehmen Empfindungen mit den „rutschenden Schläuchen" des Blasenkatheters Ausdruck zu verleihen. Die Therapeuten erscheinen derartig in ihrer Trainingsperspektive zur Funktionsverbesserung befangen, dass sie resignativ „Altersgründe" für die mangelnde Mitarbeit und Erfolgsorientierung von Frau C. verantwortlich machen. Es gelingt ihnen weder, die Leistungen patientenangemessen flexibel einzusetzen, noch nach den Ursachen für Frau C.'s „physisches und psychisches Tief" zu suchen. Über zunehmende Misserfolgserlebnisse erschöpfen sich die Handlungskapazitäten von Frau C. vorerst, sodass sie den Abwärtstrend, der weitgehend durch einen Zustand passiven Erleidens gekennzeichnet ist, nicht mehr aus eigener Kraft umlenken kann.

Im Altenheim als einer eher auf biografische und lebensweltliche Alltagsbedeutsamkeiten von körperlichen Störungen als auf deren medizinische Behandlung konzentrierten Einrichtung führen die Pflegenden, nun als das dritte Pflegeteam von Frau C., erstmalig zu Beginn ein langes Anamnesegespräch. Auf Informationen aus der vorgeschalteten Rehabilitationseinrichtung müssen sie verzichten. Über die stark biografiebezogene Arbeitskonzeption der Pflegenden wird die alltagsweltliche Bedeutung ihres Blasenkatheters, ihrer Inkontinenz und ihrer Überforderung durch das strenge Therapieregiment erkannt und die Arbeit mit Frau C. darauf abgestellt. In diesem Klima gelingt es Frau C., auch mithilfe der Nichte, wieder Mut und mehr Selbstvertrauen zu gewinnen, Therapiefortschritte in ihrem eigenen Tempo zu machen und eine Steigkurve einzuleiten. Allerdings bekommt Frau C. auch im Altenheim das Eine nur auf Kosten des Anderen: Der quälende Blasenkatheter wird entfernt, mit dem Folgeerfordernis eines pflegetherapeutischen Kontinenztrainings ist das Altenheim jedoch vor allem in seiner personellen Ausstattung überfordert. Rehabilitative Pflege kann im Heim – als Einrichtung des Sozialsystems und „letzter Station" im Gesundheitssystem – nur in Ansätzen geleistet werden.

In der Gesamtschau der Fallstudie wird deutlich, dass es den Professionellen in keiner Einrichtung gelingt, die dortigen Relevanzbereiche und ihre darauf bezogenen Deutungshorizonte der Situation als die handlungsleitende Maxime zu verlassen oder zu erweitern. Keine der Institutionen ist in der Lage, krankheits-, alltags- und biografiebezogene Bewältigungserfordernisse des Krankheitsgeschehens zu integrieren. Übergänge werden zu Schaukeleffekten für die Betroffenen, weil sich die professionellen Handlungskonzepte in allen Einrichtungen eng begrenzen.

Nachteilige Wirkungen der fragmentierten Versorgung können auf drei Ebenen aufgezeigt werden:

– Patientinnen und Patienten und Angehörige machen Diskontinuitätserfahrungen, die oftmals mit der Verschüttung von Rehabilitationspotenzialen, Genesungsverzögerungen und unnötiger Leidbelastung einhergehen.

– Die Professionellen verlieren die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten aus dem Blick, Interventionen sind zu häufig auf isolierte Problemwahrnehmungen gerichtet, in vielen Fällen kann weder eine gemeinsame „Fallverantwortung" hergestellt, noch der eigene Beitrag als ein Glied in die gesamte Versorgungskette eingefügt werden. Es gelingt nur selten, die Wechselwirkungen zwischen Bewältigungserfordernissen der Betroffenen und professionellen Handlungsstrategien zu berücksichtigen. Fehlversorgungsebenso wie Complianceprobleme sind vorgezeichnet.

– Auf der Ebene des Gesundheitssystems werden ohnehin knappe Ressourcen vergeudet, denn die herrschenden Bedingungen verhindern regelhafte Synergieeffekte spezialisierter Einzelinterventionen.

4.8.3 Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem

In dem weitgehend punktuell und akutmedizinisch orientierten Gesundheitssystem, das zudem durch Rationalisierungs-, Differenzierungs- und Spezialisierungsfolgen gekennzeichnet ist, ergeben sich bedeutsame Hürden bei der Realisierung von Ansprüchen an eine angemessene Versorgungskontinuität. Für die Betroffenen sind Brüche vorgezeichnet.

Aus der Notwendigkeit mit diesen Herausforderungen umzugehen, lassen sich zentrale Bewältigungsarbeiten

(„trajectory work“) ableiten, die die Pflegebedürftigen und ihre Familien zu erbringen haben (Corbin & Strauss 1993; Schaeffer & Moers 2000):

– Krankheits-/pflegebezogene Bewältigungsarbeiten: Sie schließen alle Handlungen ein, die versuchen, ein möglichst hohes Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden und Sicherheit zu realisieren, also jede Art gesundheitsbezogener Versorgungsform.

– Alltagsbezogene Arbeiten: Diese beziehen sich auf das Management aller Abläufe des alltäglichen Lebens, deren Selbstverständlichkeit durch gesundheitsbezogene und in der Folge durch physische, psychische, soziale oder materielle Einschränkungen zusammengebrochen ist oder zusammenzubrechen droht. Alltagsbezogene Arbeit reicht von den Haushaltstätigkeiten wie Einkaufen, Zubereiten der Nahrung, Aufrechterhalten, Gestalten und Anpassen des privaten Lebensraums und des Lebensrhythmus, der Sicherung und Pflege sozialer Beziehungen bis hin zur ökonomischen Sicherung der Lebensführung.

– Biografiebezogene Bewältigungsarbeiten: Darunter lassen sich all diejenigen inneren und äußeren Handlungen zusammenfassen, die sich damit beschäftigen, die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen des Körpers, seiner Funktion und oft der gesamten Lebenssituation in die Biografie zu integrieren. Es geht dabei um komplexe Identitätsanpassungen, die sich besonders auf körperliche Einschränkungen, einen reduzierten Aktionsradius, aber auch das Entdecken neuer Sinnbezüge und veränderter Zukunftsvorstellungen und deren Einbettung in noch vorhandene soziale Netze beziehen.

Schließlich sind neben den Bewältigungsarbeiten Steuerungsarbeiten zu leisten, damit die einzelnen Bewältigungsarbeiten ineinander greifen. Bei der Ausführung dieser krankheits-, alltags- und biografiebezogenen Bewältigungsarbeiten sowie erforderlicher Steuerungsleistungen bedürfen oftmals gerade hochaltrige Menschen mit ausgedünntem sozialen Netz in besonderem Maße professioneller Unterstützung.

Diese Bewältigungsarbeiten sind in ein Gesundheits- und Sozialwesen zu integrieren, das bestimmte Arten von Brüchen vorprogrammiert hat. Nach Feuerstein (1994) können verschiedene Ebenen des Versorgungszusammenhangs unterteilt werden: zeitliche, personelle, sachlich-inhaltliche, institutionelle und konzeptionelle Ebene. Hier werden im Folgenden vor allem die konzeptionellen und institutionell bedingten Mechanismen näher beleuchtet.

– Brüche auf der institutionellen Ebene des Versorgungssystems sind durch die Auswirkungen der je spezifischen Logik der jeweiligen Institutionen im fragmentierten Gesundheitssystem gekennzeichnet. In der Folge fordern vor allem spezialisierte Einrichtungen zunehmend eine oftmals sehr enge institutionell geprägte Handlungslogik, die gerade unter Wettbewerbsbedingungen an ihren jeweiligen ökonomischen Interessen ausgerichtet ist. Die Handlungsrationalität orientiert sich vor allem am Erhalt der eigenen Existenz und Identität, unabhängig davon, ob der in offiziellen Erklärungen dargestellte Selbstzweck ein anderer ist. Eine im Rahmen von Spezialisierungstendenzen des Gesundheitssystem verordnete exklusive Zuständigkeit für bestimmte Aufgabenfelder bedeutet immer auch Nichtzuständigkeit für die anderen Bereiche. Es kann auch bedeuten, ein Leistungspaket immer nur auf Kosten eines anderen zu erhalten. Diese Brüche werden von den Professionellen durchaus wahrgenommen und beklagt, jedoch vor allem individuell als unlösbar empfunden. So berichten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zum Beispiel immer wieder davon, lediglich Erfüllungsgehilfen einer akutmedizinischen Praxis zu sein. Plötzlich angekündigte Entlassungen von „Problempatienten“ stellen sie vor das Problem, schnell eine Verbleibemöglichkeit für Patientinnen und Patienten zu finden und weniger auf lebensweltbezogene und gesundheitliche „Passungen“ von nachsorgenden Einrichtungen Rücksicht nehmen zu können oder das soziale Netz angemessen zu unterstützen oder zu aktivieren.

– Brüche im konzeptionellen Versorgungszusammenhang beziehen sich auf unterschiedliche Orientierungsmuster und Handlungsbezüge der Professionellen und begünstigen damit die Herausbildung „spezifischer Werte, Normen, Sinnbezüge und Zielsysteme“ professionellen Handelns (Feuerstein 1994: 212). Vor dem Hintergrund geringen gegenseitigen Wissens über die jeweiligen Grundlagen, Interessen, Vorstellungen und Kontextbedingungen des Handelns, erfolgen oftmals sehr unterschiedliche Deutungen des Krankheitsgeschehens, der Interventionserfordernisse sowie daraus resultierender Prioritätensetzungen.

So wurden beispielsweise starke, unkontrollierte Schmerzäußerungen einer Patientin, die wegen einer Oberschenkelhalsfraktur operiert worden war, vom medizinischen und pflegerischen Klinikpersonal fälschlicherweise als hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) gedeutet, weil aus der ambulanten Pflege Informationen über eine rheumabedingte erforderliche Schmerzmedikation bei Mobilisierungsübungen unterblieb. In der geriatrischen Rehabilitation wurden die heftigen Schmerzäußerungen als demenziell bedingt gedeutet, seitens des Pflegepersonals wurde mit Validationsmethoden reagiert. Der dortige Physiotherapeut hielt das Ganze für mangelnde Motivation einer sehr verwöhnten Patientin.

Nicht die Unterschiedlichkeit, sondern die Unverbundenheit der verschiedenen Handlungsgrundlagen, Interessen und Ideen der Berufsgruppen, die im Alltag kaum thematisiert werden, führen zu Problemen. Vor dem Hintergrund mangelnden Wissens über die jeweiligen „Fremden“, deren Deutungsmuster, Selbstverständnisse, und Zielvorstellungen, ergeben sich in der Folge fast naturwüchsige Abstimmungsbarrieren zwischen den Professionellen.

4.8.4 Stärken und Schwächen von Lösungsansätzen

Im Folgenden geht es zunächst um Veränderungspotenziale, die bei den verschiedenen beteiligten Akteuren

liegen können, die gesamtgesellschaftlich politische Ebene wird hier nur indirekt angesprochen. Ausgehend von Dieffenbach et al. (2001) sind folgende Arbeitsschritte zur Gewährleistung eines gelungenen Schnittstellenmanagements erforderlich.

Die Professionellen müssen:

– sich gegenseitig und ihre Klientel über relevante Sachverhalte informieren,
– sich mit den Situationsbeteiligten austauschen und ihre jeweils möglichen Arbeitsbeiträge abstimmen,
– ihre jeweiligen Arbeiten in Umfang, Inhalt und Ablauf zur Unterstützung der Bewältigungsarbeit der Betroffenen koordinieren,
– bei der Ausführung der eigenen Arbeitsbeiträge mit den anderen Situationsbeteiligten abgestimmt kooperieren
– und nicht zuletzt die eigenen und fremden Arbeitsergebnisse wiederum in neue Arbeitsbeiträge integrieren und diese entsprechend adaptieren.

Diese formale Festlegung von Arbeitsschritten erlaubt noch keine Aussage darüber, wer an diesen Tätigkeiten beteiligt ist und über welche Sachverhalte dort informiert werden soll oder welche Arbeiten abgestimmt und koordiniert werden müssen. So sind für die Gestaltung des gesamten Vernetzungsgeschehens folgende zentrale Fragen zu entscheiden:

1. Welche Personen sollen in welcher Funktion, zu welchem Zeitpunkt, an welchen Handlungen beteiligt sein? Hier ist danach zu fragen, ob alle Beteiligten die strukturelle Chance haben, ihre Perspektiven in den internen aber auch einrichtungsüberschreitenden Aushandlungs- und Entscheidungsprozess einzubringen.
2. Auf welche Arbeitsinhalte und Arbeitsabläufe sind diese einzelnen Überleitungshandlungen zu beziehen, was sind zentrale Relevanzbereiche, wer ist wofür zuständig, wie kann sichergestellt werden, dass die Belange der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt werden, dass die Wissensvorräte, Berufsverständnisse und Interessen der Berufsgruppen regelhaft aufeinanderbezogen werden?

2a) Wie kann die fachinhaltliche Unsicherheit im Umgang mit den anderen Berufsgruppen und Einrichtungen überwunden werden, was könnten gemeinsame Orientierungsgrößen sein, die unterschiedlichen Bedarfe berücksichtigen? Hier geht es um die Fragen, wie gemeinsame Situationsthemen ausgehandelt und festgelegt werden. Nur wenn sichergestellt ist, dass eine gewisse Übereinstimmung in den Situationsdeutungen, den Ziel- und Prioritätenfestlegungen den Professionellen gelingt, können die Betroffenen wirkungsvoll in ihren Bewältigungserfordernissen unterstützt werden. Erschwert wird dieser Prozess durch fehlende gemeinsame Orientierungsmodelle im Umgang mit integrierenden Versorgungserfordernissen.

2b) Wie kann sichergestellt werden, dass unhinterfragte Selbstverständlichkeiten, Arbeitsroutinen oder Perspektiveinschränkungen der jeweiligen Berufsgruppen nicht zu negativen Folgewirkungen für die Betroffenen führen, sondern dass die umfassenden Bedarfe Berücksichtigung finden? Hier geht es um die Frage, ob es gelingt, die Situationshorizonte der Beteiligten systematisch abzugleichen, um negative patientenbezogene Folgewirkungen der jeweiligen Arbeitsroutinen, unhinterfragten Selbstverständlichkeiten, standortgebundenen Sichtweisen und Perspektiveinschränkungen zu vermeiden und eine Flexibilisierung von Interventionsstrategien zu ermöglichen.

Auch wenn die Notwendigkeit interprofessioneller Kooperation und Teamarbeit allgemein unstrittig ist, zeigen entsprechende Versuche, dass besondere Schwierigkeiten in Rahmenbedingungen liegen können:

– in der unterschiedlichen Verteilung von Macht und einsetzbaren „Überzeugungsressourcen“ der Prozessbeteiligten,
– in der Reichweite ihrer jeweiligen Wissensvorräte und Deutungsschemata,
– in den normativen und rechtlichen Regelungen für ihre Beziehungsausgestaltung.

Im Folgenden werden Vernetzungsmodelle zusammenfassend bewertet, die sich vor allem auf Inhalte mit pflegerischen Schwerpunkten beziehen. Ausgangspunkt waren fast immer Modellprojekte. Trotz mancher Evaluierungsformen liegen evidenzbasierte systematische Erkenntnisse zu den Vorteilen der einzelnen Ansätze noch nicht vor. In Abhängigkeit vom Ort, an dem die Hauptaufgabe der Kontinuitätssicherung stattfindet, lassen sich vorhandene Vernetzungsformen in vier Gruppen einteilen. Es handelt sich dabei um eine idealtypische Systematisierung, in der Alltagspraxis finden sich durchaus Mischformen, bei denen die Grenzen verwischen.

Zu unterteilen sind:

– indirekte Formen, sowohl einrichtungs-/klinikintern, aber auch berufs-, einrichtungs- und sektorenübergreifend,
– direkte Formen, sowohl einrichtungs-/klinikintern, aber auch berufs-, einrichtungs- und sektorenübergreifend,
– neue Ansätze des „Care Management“ (oder „Disease Managements“) sowie „Managed Care“
– Ansätze des „Case Managements“

4.8.4.1 Mittelbare oder indirekte Formen

Zusammengefasst werden hier sehr unterschiedliche Ansätze, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass die Delegation der Hauptaufgaben des internen oder einrichtungsüberschreitenden Schnittstellen-Managements an spezielle Überleitungs- oder Koordinationsinstanzen erfolgt. Dies können zum einen Delegierte der Leistungserbringer selbst sein, wie zum Beispiel der Krankenhaussozialdienst. Zum Teil sind sie beim Leistungserbringer ange-

siedelt oder in als „neutral“ bezeichneten Vermittlungsstellen, die meist auf kommunaler Ebene arbeiten.

Beim krankenhausinternen Entlassungs-Management sind meistens der Sozialdienst, zunehmend aber auch pflegerische Stabsstellen oder auch Verwaltungskräfte der Kassen für die Zusammenstellung und Weiterleitung von Entlassungsinformationen und für die Suche und Auswahl passender Nachsorgeeinrichtungen oder häuslicher Versorgungsmöglichkeiten zuständig.

Auf einrichtungs- und sektorübergreifender Ebene übernehmen „neutrale“ Beratungs- und Koordinationsstellen, Senioren-, Informationsbüros, etc. Beratungs-, Steuerungs- und zum Teil Koordinationsaufgaben. Oftmals besteht hier eine Doppelzuständigkeit für kommunale strukturbezogene Vernetzungsaufgaben und individualisierte klientenbezogene Beratungsaufgaben.

Die Hauptaufgaben des Schnittstellen-Managements liegen in den Händen der genannten professionellen Beratungs- und Vermittlungs-Instanzen. Es besteht die Gefahr, neue qualitätsmindernde Bruchstellen zu schaffen, je nachdem, wie gut und umfassend der Informationsstand der Vermittlungsinstanzen ist und wie intensiv und offen ihr Kontakt und ihre Aushandlungsprozesse mit den jeweiligen Informanden aussehen. Die Reichweite mittelbarer Vernetzungsformen erstreckt sich so vorrangig auf die Sicherstellung des zeitlichen Versorgungszusammenhangs.

Systematische Untersuchungen, welche Einzelinformationen, Prioritätensetzungen oder Zielvorstellungen in einer Überleitungssituation realisiert werden, stehen ebenso aus wie deren verbindliche konzeptionelle Festlegung. Transparenz und eine verbindlich festgelegte Systematik solcher Auswahl- und Abstimmungsprozesse sind oftmals nicht nach außen erkenntlich. Allerdings sind hier je nach Stand und organisatorischer Verortung der Überleitungsstellen in der Institution unterschiedliche Regelungsmodelle der Arbeitspraxis zu erwarten.

Es findet kaum ein Abgleich von Versorgungsvorstellungen, Zielsetzungen und Prioritäten mit nachsorgenden Einrichtungen statt. Auf die inhaltlich nahtlose Fortsetzung einmal begonnener Therapien können die Überleitungsstellen nicht systematisch Einfluss nehmen. Ihre Schwerpunktfunktion liegt in der Informationsweitergabe. Diese erfolgt in der Regel mittels eines Überleitungsbogens oder Verlegungsberichts. Dessen thematische Eingrenzung, bestimmt oft die inhaltliche Reichweite der Überleitungsüberlegungen. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Wenn in einem Überleitungsbogen einer betreuenden Institution sowohl angegeben wird, dass ein Patient Hörprobleme hat, als auch, dass der betreffende Patient in der betreffenden Institution kein Hörgerät zur Verfügung hat, so bleibt die Frage offen, ob der Person niemals ein Hörgerät angeboten wurde, ob sie ein Hörgerät zwar besitzt, es aber nicht in die Institution mitgenommen hat oder ob sie ablehnt, ein Hörgerät zu benutzen. Ebenso mag für den Entlasser ein Barthel-Index von 25 Punkten einige Aussagekraft haben, weil er weiß, aus welchen Einzelkomponenten er sich zusammensetzt, doch ist es unklar, ob dieser Wert auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbietern eines ambulanten Pflegedienstes gedeutet werden kann und ob er für die Abschätzung des häuslichen Unterstützungsbedarfs relevant ist.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass eben diese Informationsdifferenz dazu führt, dass auf die Dauer die Nutzung vieler einmal entwickelter Bögen auch beim Sender Unwillen erzeugt. Unter analytischer Perspektive steht dieser Schreibaufwand immer in Gefahr, Leerlaufkommunikation zu erzeugen. Rückmeldungen und Verbindlichkeiten lassen sich nur durch übergreifende Maßnahmen sicherstellen

Modelle interdisziplinärer Überleitungsbögen bemühen sich um die Berücksichtigung der aufgezeigten Defizite und die Integration der Patienten- und Angehörigenperspektive. Typisch für die Modelle ist die faktische Akzeptanz der Rahmenbedingungen des Versorgungssystems. Wenn zum Beispiel eine große geriatrische Rehabilitationseinrichtung mitteilt, sie nehme ausschließlich kontinente Patientinnen und Patienten auf, wird dies meist als unverrückbare, lediglich unter Knappheitsgesichtspunkten thematisierte Begrenzung des eigenen Handlungsspielraums angesehen. Hauseigene Abläufe können im Hinblick auf eine abgestimmte Informationspolitik ebenfalls kaum beeinflusst werden.

Zusammenfassend lassen sich die indirekten Vernetzungsformen als weitgehend institutionalisierte informationelle Grundsicherungsmodelle verstehen, die wenig akteursbezogene Potenziale zum Austausch und zur Perspektiverweiterung aktivieren. Sie etablieren dringend erforderliche, sektorübergreifende Informationskanäle, ohne jedoch eine gezielte Anschlusskommunikation sicherstellen zu können. Ebenso unsicher ist die Qualität der weitergeleiteten Informationen. Es gelingt zurzeit noch nicht, systematische Kooperationen oder die Integration von Arbeitsinhalten und -abläufen zu etablieren. Es gelingt diesen Modellen noch keine regelhafte Bearbeitung konzeptioneller und institutionenbedingter Versorgungsbrüche.

4.8.4.2 Unmittelbare oder direkte Formen

Das mit einer Delegation der Informationsweiterleitung an spezifische Schnittstelleninstanzen verbundene Problem, unter Umständen neue Brüche zu erzeugen, soll üblicherweise mit Modellen der direkten Vernetzung vermieden werden. Entsprechende Initiativen setzten auf der Ebene des sachlichen, konzeptionellen und auch institutionellen Versorgungszusammenhangs an. Dazu werden regelhafte Formen des Informationsaustauschs im persönlichen Gespräch zwischen den schnittstellenbeteiligten Akteuren etabliert. Ziel ist eine generell verbesserte Informationsbasis aller Versorgungsbeteiligten. Neben der Sicherung der Handlungsgrundlagen aller Berufsgruppen ist auch eine Erweiterung der standortgebundenen Sichtweisen beabsichtigt.

Als Modelle, die direkt einrichtungs- und sektorübergreifend agierend, sind die sehr unterschiedlichen Formen der Brückenpflege zu nennen: im psychiatrischen (Böhm 1985) oder gerontopsychiatrischen Bereich (Kuratorium

Deutsche Altershilfe 1992), aber auch im somatischen Bereich für schwerpflegebedürftige Patientinnen und Patienten vorwiegend Baden-Württembergischer Tumorzentren. Das Prinzip ist immer ähnlich: Aus dem Krankenhausbereich heraus wird die Überleitung in den häuslichen Bereich begleitet, zu Teilen unter Einschaltung von Pflege in Probewohnungen u. Ä.. Es gibt auch die Möglichkeit der ambulanten (Teil)Betreuung, bis eine Selbstständigkeit oder direkte Übergabe an einen weiterversorgenden Dienst erfolgen kann.

Weniger Begleitung in den häuslichen Bereich, als vielmehr eine differenziert abgestimmte Entlassungskoordination und inhaltliche Absprachen stehen im Mittelpunkt des Konzepts der SSozialvisiteS (Gill & Mantej 1997; Nottenkämper & Förster 1995). Hier organisiert der klinische Sozialdienst am Bett möglichst unter Integration der Angehörigen eine gemeinsame Fallkonferenz zwischen Klinikarzt, Krankenpflege und ambulanter Pflege zuweilen auch unter Einbeziehung des Hausarztes. Alle Beteiligten tauschen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und Angehörigen ihre Sicht der Versorgungsmöglichkeiten aus, stimmen ihre Beiträge ab und koordinieren diese. Die sehr aufwendige Organisation solcher „Sozialvisiten“ verbunden mit Refinanzierungsschwierigkeiten stehen im Augenblick der regelhaften Etablierung dieses Modells weitgehend entgegen, auch wenn hinsichtlich der ambulanten Dienste und Heimpflege diese sektorübergreifende Fallkonferenz als Erstbesuch abzurechnen ist. Vor dem Hintergrund der hohen Regelungsweite dieses Modells wurde dessen Grundgedanke von einigen Häusern adaptiert. Unter Rückgriff auf einen hauseigenen ambulanten Pflegedienst, erfolgt dort eine regelhafte „Übergabe“ von Patientinnen und Patienten mit komplexen Unterstützungsbedarfen am Klinikbett. Beteiligt sind zumindest die Patientinnen und Patienten/Angehörige und Vertreterinnen der entsprechenden ambulanten oder stationären Pflegedienste.

Als Beispiel für den ambulanten Bereich können die Projekte im Raum Dortmund (Kauss 1998, Kühnert et al. 1998) gelten. Dort wurde vorrangig die Verbesserung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin angestrebt. Dagegen lag in der Projektregion Groß Gerau das Ziel in der Entwicklung abgestimmter Handlungskonzepte von vorrangig pflegebezogenen Versorgungsketten für langzeitpflegebedürftige Menschen unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Höhmann et al. 1998).

In allen diesen Projekten stand der direkte Kontakt, der Perspektivabgleich und die Erweiterung der Handlungskompetenzen der Akteure in Arbeitsweisen, die an Qualitätszirkelarbeit angelehnt waren, im Vordergrund. Realisiert wird die direkte Vernetzung bisher nur in Projekten. Insgesamt stellen sich diese als weitgehend partizipative Modelle dar, die eine hohe Motivation und persönliche Leistung der Beteiligten erfordern. In der Struktur dieser Ansätze lassen sich Arbeitsbeiträge abstimmen und koordinieren. Der direkte Austausch ermöglicht es, gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen zu entwickeln und so gemeinsame professionelle Maßstäbe unter Umständen gegen das Erleben institutionellen Normdrucks zu stellen.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen rechtlichen Verantwortlichkeiten und einer ungleichgewichtig verteilten Deutungsmacht ist es von größter Bedeutung, formale Strukturierungen für diese Aushandlungsprozesse vorzunehmen. Außerdem sollten, wenn immer möglich, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen einbezogen werden. Berufs-, einrichtungs- und sektorübergreifende Austausch-, Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten sind unter inhaltlichen Versorgungsgesichtspunkten anzustreben, stoßen jedoch an die Grenzen des sektorierten Gesundheitssystems. Außerdem gelten sie als besonders zeitaufwendig.

4.8.4.3 Care Management, Disease Management, Managed Care

Mit den Begriffen Care Management („Pflege-Organisation“), Disease Management („Krankheits-und Behandlungs-Organisation“) und Managed Care („organisierte Pflege“) werden zurzeit vor allem gesundheitspolitische Ansätze bezeichnet, deren Konzepte zumeist dem angloamerikanischen Raum entstammen, für die im Rahmen der deutschen Gesundheitslandschaft aber noch keine einheitlichen Konzepte und Definitionen vorliegen (z. B. Ewers & Schaeffer 2000; Arnold et al. 1997). Von daher kann eine Bewertung im Hinblick auf die Reichweite der Vernetzung hier auch nur in groben Zügen erfolgen. Ziel all dieser Formen ist eine kostengünstigere Versorgung langfristiger, komplexer Gesundheitseinschränkungen oder Erkrankungen mit hoher Inzidenz und Prävalenz bei möglichst verbesserter Qualität. Gemeinsam ist ihnen ihr Programm-Charakter, bei dem die individuellen Bedarfe immer selektiv im Rahmen eines spezifischen Leistungsangebotes berücksichtigt und diesen letztlich untergeordnet werden.

Disease Management verstehen Lauterbach & Stock (2001) als „einen integrativen Ansatz, der die episodenbezogene, sektoral aufgesplitterte Versorgung von einzelnen chronisch Kranken, durch eine systematische evidenzbasierte, sektorübergreifende und kontinuierliche Versorgung eines Patientenkollektivs von chronisch Kranken über alle Krankheitsstadien und Versorgungseinrichtungen hinweg ersetzt.“ Erste in der Schweiz getestete Pilotprogramme deuten auf Kostenspareffekte gerade bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten hin, allerdings immer um den Preis einer eingeschränkten Wahl der Versorgungsinstitutionen.

Wenn Care Management als eine Strukturierung des Versorgungsgeschehens durch die Kassen als Interessenverwalter der Versicherten auf der Basis der Einzelfallorientierung mit Blick auf Versorgungspfade verstanden wird, dann liegt die Steuerung bei den Kassenvertretern. Es geht dabei um das ganze Versorgungsgeschehen, Disaese Management wäre demnach lediglich ein Teilbereich, der sich auf einzelne Krankheitsbilder bezieht. Deutlich werden hier noch weit gehende definitorische Unklarheiten, da gerade erst begonnen wird, über diese Konzepte brei-

ter zu diskutieren. Der Ansatz des Disease Managements steht klar unter medizinisch dominantem Blickwinkel. Im deutschen Sprachgebrauch bezieht am ehesten der offene Begriff der „Versorgungspfade“ die pflegerischen weiteren therapeutischen und hauswirtschaftlichen Beratungs-, Unterstützungs-, und Versorgungsbedarfe mit ein.

Für die aus dem US amerikanischen Raum entlehnten Managed Care Konzepte existieren ebenfalls keine einheitlichen Definitionen. Es geht vielmehr um Regularien der Leistungserbringung, die zwischen Nutzern, Anbietern und Kostenträgern vereinbart werden. Nach weit gehend übereinstimmender Meinung steht dabei der Aspekt der Kostenreduktion im Vordergrund. Ungeklärt erscheint hier die Realisationsmöglichkeit einer Einzelfallorientierung. Im Rahmen der für Deutschland angedachten Programme ist für die „Gate Keeper“-Funktion (Auswahl- oder Verteiler-Funktion) eine eindeutige Arztdominanz festzustellen. In Programmen, die stärker auf die Versorgung langfristige Pflegebedürftiger orientiert sind, kommen hier auch der Pflege oder der Sozialarbeit entscheidende Funktionen zu.

Gemeinsam ist diesen Modellen, dass den Patientinnen und Patienten eine aktive Subjektrolle zukommt. In welche Richtung diese jedoch gestaltungswirksam werden kann, ist eher kritisch zu sehen bzw. abzuwarten. Das Spannungsverhältnis zwischen individuellen Kontextbedingungen der Patientinnen und Patienten und vorab formulierten Arrangements bleibt bestehen.

Gestaltungsoptionen der Professionellen bekommen Bedeutung im Rahmen der jeweiligen Spannbreite von Standards und ökonomischen Vereinbarungen. Perspektivabgleiche zwischen den Versorgungsbeteiligten finden nicht systematisch statt. Dominant ist vielmehr eine übergreifende Handlungsverregelung und Entscheidungsversachlichung mit allen Vor- und Nachteilen. Zu untersuchen bleibt, wie in der konkreten Interaktion zwischen Leistungserbringer und Klient bzw. Klientin Aushandlungen im Rahmen meist enger Spielräume vorgenommen werden, wie die Alltagsbedeutsamkeit individueller Risikoprofile berücksichtigt wird und welche Kontextbedingungen jeweils wirksam werden.

Absehbar werden in den vorgenannten Konzepten die Professionellen unter stark widerstreitende Handlungserfordernisse gestellt. Diese widerstreitenden Anforderungen werden auch kaum unter dem Anspruch reduziert, dass letztlich wissenschaftliche Ergebnisse, also evidenzbasierte Strategien handlungsleitend sein sollen. Die Selbstverantwortung, die den Patientinnen und Patienten als Konsumentinnen und Konsumenten zugebilligt und abverlangt wird, droht vor allem Hochaltrige, die diese Aufgaben evtl. neu lernen müssen, zu überfordern.

Insgesamt gelingt diesen Ansätzen eine weitgehende Überbrückung der aktuellen institutionenbedingten Versorgungsbrüche. Konzeptionelle Brüche werden vorerst überdeckt, aber nicht gelöst und können zu Effizienzminderung der Versorgungsangebote führen. Vorerst warnen viele Autoren vor einer kritiklosen Übernahme dieser Modelle, vor allem, ohne vorherige Strukturpassungen im deutschen Gesundheitssystem vorgenommen zu haben. Der Anspruch von verbesserter Qualität und Verhinderung von Rationierung kann sich sonst leicht ins Gegenteil kehren.

4.8.4.4 Case Management

Case Management könnte als eine professionelle Ausgestaltungsmethodik der vorher behandelten indirekten Vernetzungsformen, aber unter Umständen auch im Rahmen von Disease Management, Care Management oder Managed Care Programmen verstanden werden. Dennoch soll Case Management hier gesondert behandelt werden, und zwar aufgrund inhaltlich-konzeptioneller Gesichtspunkten. Ewers & Schaeffer (2000) unterteilen Case Management Ansätze in Abhängigkeit der organisatorischen Verortung des Case Managers in drei Typen:

- Case mangement durch neutrale Koodinierungsinstanzen,
- Case Management durch Leistungserbringer,
- Case Management durch Kosten-, Leistungsträger.

Die Hauptperson ist der Case Manager meist in engem Kontakt mit Klienten/Angehörigen. Die Beteiligung anderer Instanzen im Vorfeld hängt von der organisatorischen Verortung des Case Managers ab, direkter Kontakt des Case Managers besteht zu nachsorgenden Einrichtungen und Berufsgruppen und meist auch zu Kostenträgern.

Die Aufgabenschwerpunkte und Ableitungen von Interventionsstrategien stehen immer im Spannungsfeld der drei zentralen Funktionen des Case Managers: der anwaltschaftlichen Funktion („advocacy“), der Vermittlungsfunktion („broker“) und der Verteiler- oder Auswahlfunktion („Gate Keeper“). Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Koordination der unterschiedlichen Arbeitsbeiträge der verschiedenen Versorgungsbeteiligten und eher die formale als die inhaltliche Abstimmung der einzelnen Versorgungsbeiträge. So treten fachinhaltliche Unsicherheiten hinsichtlich der zu berücksichtigenden Relevanzbereiche jeweils in Abhängigkeit von der organisatorischen Verankerung und dem eigenen Aufgabenspektrum zutage.

Ein systematischer Abgleich der Sichtweisen findet vor allem zwischen Case Manager und Klient bzw. Klientin statt. Bei einer sehr weit reichenden Einzelunterstützung ist ein Abgleich der Sichtweisen mit den jeweiligen Versorgungsbeteiligten möglich, dessen Ergebnisse in die Situationsdefinition des Case Managers eingehen können.

Es handelt sich beim Case Management, so wie es hier verstanden wird, um eine einzelfallorientierte Ausgestaltungssystematik von indirekten Vernetzungsformen bzw. von Care Management oder Disease Management. Zu prüfen bleibt, unter welcher organisatorischen Verankerung, in welchen Arbeitsbereichen dieser Anspruch unter den geltenden Rahmenbedingungen eingelöst werden kann. Je nach Aufgabenspektrum, Selbstverständnis und institutioneller Einbettung führt der Case Manager die zentralen vernetzungsbedeutsamen Arbeitsschritte selbst aus. Er informiert, stimmt vorrangig Versorgungsformalien ab und koordiniert Unterstützungsleistungen. Auf die

Förderung von Kooperationen und die Integration von Versorgungsleistungen kann nur begrenzt Einfluss genommen werden. Fachinhaltliche Normunsicherheit im interprofessionellen Dialog und Normdruck seitens der Einrichtungen oder Programmvorgaben werden je nach organisatorischer Verortung handlungswirksam. Es besteht die Hoffnung, dass mit systematischen Case Management Programmen auf der individuellen Ebene auch konzeptionelle Brüche auf der institutionellen Ebene bearbeitet werden. Um dies leisten zu können, bedarf es jedoch in den meisten Fällen noch zu entwickelnder Fach- und Sozialkompetenzen der verantwortlichen Gesundheitsberufe sowie strukturell verankerter Versorgungspfade im Gesundheitssystem.

4.8.5 Zwei Praxisbeispiele als Ansätze zur Veränderung

Schnittstellenmanagement findet vor allem in Form bestimmter Projekte statt, Vorgehensweisen und Ergebnisse sind nur in Einzelfällen veröffentlicht. Es gibt zwar eine große Anzahl von Praxismodellen, die sich vor allem mit einzelnen Aspekten des Schnittstellenmanagements befassen, denen aber allesamt eine systematische Evaluation fehlt, die sich sowohl auf den Prozess als auch das Ergebnis bezieht. Das trifft in unterschiedlicher Weise auch auf die beiden nachfolgenden Beispiele zu.

Das erste Beispiel stammt aus Belgien und wird hier aufgeführt, weil einige wichtige Ergebnisindikatoren systematisch untersucht wurden. Es handelt sich um ein Case Management bei gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten in einer ländlichen Region (Hilleware et al. 2000). Dem Projekt liegt eine Definition von Case Management zugrunde, die als phasenhafte, strukturierte Herangehensweise an den gesamten Versorgungsprozess verstanden wird. Darin wird ein individualisiertes Versorgungspaket zusammengestellt und in einem multidisziplinären Kontext umgesetzt. Die gezielt ausgebildete Case Managerin (nurse clinician) betreibt, über die Hausärztin bzw. den Hausarzt vermittelt, eine aufsuchende Einzelfallbetreuung. Sie koordiniert die Versorgung und stellt die klinische Nachsorge für die Betroffenen und ihre Familien sicher. Konkret beginnt der Arbeitsprozess der Case Managerin erstens mit einem Screening, in dem festgestellt wird, ob die betreffende Person für dieses Case Management infrage kommt. Im vorliegenden Projekt sind dies Personen im Alter von mindestens 60 Jahren im regionalen Einzugsbereich des Projektes, bei denen ärztlicherseits klinische Hinweise auf Depression und/oder Demenz festgestellt wurden. Die Case Managerin setzt bei diesen Personen bestimmte diagnostische Verfahren ein (Assessmentinstrumente wie Mini Mental State Examination (MMSE) oder Geriatric Depression Scale), ab einem bestimmten Punktwert wird die Teilnahme am Projekt befürwortet.

Darauf folgt zweitens ein umfassendes multidisziplinär durchgeführtes Assessment mit weitgehend standardisierten Instrumenten, die möglichst im häuslichen Umfeld eingesetzt werden. Die zusammengeführten und analysierten Ergebnisse führen drittens zu einem Versorgungsplan, in dem ein Paket von Versorgungsleistungen vorgeschlagen wird. Dieser Plan wird von der Case Managerin aufgestellt und mit der Patientin/dem Patienten und den beteiligten Gesundheitsprofessionen besprochen. Dabei wird darauf geachtet, dass das soziale Netzwerk mit einbezogen wird. Der notwendige Perspektivabgleich findet hier also möglicherweise statt, es könnte ihm zumindest Raum gegeben werden; thematisiert wird er in der Projektbeschreibung nicht.

Der vierte Schritt besteht in der Implementation der Elemente des Versorgungsplans, wobei häufige Kontakte zwischen der Case Managerin, der Patientin, ihrer Familie und allen beteiligten Versorgungsakteuren notwendig sind. Als fünfter Schritt werden das Re-Assessment und die Evaluation aufgeführt, die Veränderungen und Zielerreichungsgrade feststellen sollen. Die Projektbearbeiterinnen schlagen vor, eine derartiges Re-Assessment alle drei Monate durchzuführen. Einschneidende Ereignisse sollten diese Zeitabstände jedoch verringern.

Interessant sind bei diesem Projekt Indikatoren der Ergebnisevaluation, wobei jede betreute Person bis zu einem Dreivierteljahr nach Aufnahme in das Projekt begleitet wurde. Hierzu wurden funktionale, emotionale, kognitive, umwelt- und gesundheitsbezogene Parameter sowie das Gesundheitsverhalten an vier Zeitpunkten beurteilt. Deutlichere Veränderungen zeigten sich frühestens nach sechs Monaten. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die pflegenden Angehörigen fühlten sich nach sechs Monaten subjektiv gesünder. Insbesondere bei den Angehörigen Demenzkranker war eine signifikante Verbesserung eingetreten. Ein deutlicher Rückgang der Hausbesuche durch Allgemeinärztinnen und -ärzte war zu verzeichnen, dagegen wurden – hierzulande nicht bestehende – Zentren zur Koordination häuslicher Versorgung signifikant häufiger aufgesucht. Das informelle Netzwerk wurde stärker in die tägliche Versorgung einbezogen. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen sank um 32 % und die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich deutlich. Fragen zur Verstetigung des Projektes bleiben offen, ebenso sind Kostenfragen nur indirekt (über Krankenhausaufenthalte und Verweildauer) vermittelt.

Voraussetzung für das zweite Modell, „Kooperative Qualitätsentwicklung“ (Höhmann et al. 1998), war, dass keine zusätzlichen Stellen für Überleitungs-Management eingerichtet werden sollten. Hier fehlt allerdings eine umfassende Ergebnisevaluation. Durchgeführt wurde das Projekt in einem Landkreis Südhessens in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre. Ausgehend von zwei Modellkrankenhäusern dieser Region wurden berufs- und einrichtungsübergreifende Qualitätsarbeitsgruppen gebildet, die innerhalb von anderthalb Jahren sieben bis neun Mal tagten. Die Kliniken wurden als Ausgangspunkt gewählt, weil eine koordinierte Entlassungsplanung als erster notwendiger Schritt für die weitere Sicherung der Versorgungskontinuität angesehen wurde. Gestützt auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von jeweils zwei Modellstationen pro Klinik, in denen besonders viele langzeitpflegebedürftige Patientinnen und Patienten lagen, die zur Mitarbeit motiviert waren, wurde in jedem Krankenhaus – unter Beteiligung von Patientinnen und Patienten – ein klinikinterner

Tabelle 4-33

Struktur der Vernetzungssituationen in unterschiedlichen Vernetzungsformen

Vernetzungsform	Arbeitsschwerpunkte	Bezug zu akteurszugänglichen Elementen der Situation			
	Informieren Abstimmen Koordinieren Kooperieren Integrieren/Adaptieren	direkt beteiligte Akteure	Auswahl der zu bearbeitenden Relevanzbereiche und Interventionsschwerpunkte	Transparenz und Thematisierung der strukturellen Situationsbegrenzungen	Umgang mit den Situationshorizonten der Akteure
indirekte Vernetzungsformen	Schwerpunkt: informieren	institutionalisierte Vermittlungsinstanz, etabliert neue Care bezogene Informationskanäle, im Vorfeld zu beteiligende Personen nicht systematisch festgelegt	Vermittlungsinstanz wirkt als Filter, Relevanzbereiche werden weitgehend einseitig vom Sender vorgegeben, inhaltliche Normschwäche wird weitgehend verdeckt	Experten für Kenntnisse von Rahmenbedingungen außerhalb des Aktionsradius, Gestaltungsoptionen akteurszugänglicher Rahmenbedingungen tritt in Hintergrund, Normdruck wird nicht bearbeitet	Horizonte werden regelhaft thematisiert, geschieht unter Umständen punktuell
direkte Vernetzungsformen	Schwerpunkt: informieren, abstimmen, koordinieren; einrichtungsintern auch: kooperieren, integrieren und adaptieren	alle am Versorgungsprozess beteiligten Professionellen, sowie zumeist Pflegebedürftige und ihre Angehörigen	unterliegt Aushandlungsprozess der Beteiligten, inhaltliche Normschwäche tritt in Interaktion zu Tage, diese bedarf kommunikativer und prozessualer Verregelungen, damit alle Perspektiven zum Tragen kommen und bei Mangel eines übergreifenden Orientierungsrahmens Vollständigkeit der Relevanzbereiche sichergestellt werden kann	eigene und fremde Rahmenbedingungen werden transparent, stoßen oft an Systemgrenzen, gemeinsame Inhalte fordern Suche nach gemeinsamen Handlungsspielräumen, Gestaltungserfordernis und -möglichkeiten der Gegebenheiten werden sichtbar, akteurszugängliche Gestaltungsoptionen erkannt	findet regelhaft statt, muss jedoch kommunikativ gestaltet, strukturiert und systematisiert werden, bedarf je nach Thema eines geschützten Raums für die Professionellen
Care-/Disease Management, Managed Care Programme	Schwerpunkt: informieren, koordinieren, sofern beim Kostenträger angesiedelt: u. U. auch formale Kooperationen und Integration	jeweiliger Manager, vom Programm festgelegt, Empowerment erforderlich für zunehmend geforderte Patientenbeteiligung	akteursunabhängig durch Evidenzbasierung/ Standards oder Programmvereinbarungen weitgehend vorgegeben, Patientensicht als informed consent berücksichtigt	stehen nicht zur Debatte, sind im Hinblick auf akzeptierte Versorgungspfade geregelt, zu befürchten: programmbezogene Desintegration von Leistungen	findet nicht systematisch statt, da zentrale Entscheidungskriterien im Vorfeld als Handlungsgrundlagen festgelegt sind
Case Management Ansätze	Schwerpunkt: heterogen je nach organisatorischer Anbindung, regelhaft: im professionellen Umgang: informieren, koordinieren, im Hinblick auf KlientInnen: intensive Abstimmung	Case Manager, KlientInnen, nachgeschaltete Versorgungsinstanzen, Kostenträger (je nach organisatorischer Anbindung)	je nach organisatorischer Verankerung, Aufgabenspektrum und Selbstverständnis des Case Managers in enger Kooperation mit KlientInnen und u.U. anderen Versorgungsbeteiligten	Experten für Kenntnisse von Rahmenbedingungen außerhalb des Aktionsradius, Gestaltungsoptionen akteurszugänglicher Rahmenbedingungen tritt in Hintergrund, Normdruck wird je nach Selbstverständnis und Funktion bearbeitet	findet je nach Einbettung, Selbstverständnis und Aufgabenschwerpunkt statt

Quelle: Höhmann 2001a.

Qualitätszirkel gebildet. Teilnehmende waren vorwiegend die fachinhaltlich patientennah arbeitenden Berufsgruppen, bei entsprechendem thematischen Bedarf nahmen auch Vertreter der Verwaltungsspitze der Häuser teil.

Die klinikinternen Qualitätszirkel arbeiteten in themenbezogener Abstimmung mit zwei „Regionalen Qualitätskonferenzen". Dort wurde ebenfalls durch den direkten Kontakt zwischen den Praktikern verschiedener Einrichtungen und Patientenvertretern die Möglichkeit dafür geschaffen, die unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen, Versorgungskonzepte und -erfordernisse kennen zu lernen sowie auf die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten bezogene Situationsdefinitionen einzuüben. Um eine Verzahnung der beiden Gremien in den Modellregionen zu gewährleisten, entsandten die Krankenhäuser Vertreterinnen und Vertreter jeder Berufsgruppe aus dem Qualitätszirkel in die „Regionale Qualitätskonferenz". Neben den Delegierten aus den klinikinternen Qualitätszirkeln nahmen an den beiden Regionalen Qualitätskonferenzen Vertreterinnen und Vertreter aus ca. 30 unterschiedlichen Gesundheitsdiensten der Region teil, die im Rahmen einer vorgeschalteten schriftlichen Befragung Interesse an einer aktiven Teilnahme äußerten: Pflegende aus ambulanten und (teil)stationären Einrichtungen, zum Teil Hausärzte, ambulant tätige Physiotherapeuten, sowie Vertreterinnen der regionalen Koordinations- und Beratungsstellen, eine Vertreterin einer Selbsthilfegruppe und ein Patient.

In Absprache mit den Beteiligten fanden die Sitzungen in jeweils unterschiedlichen Einrichtungen statt, um so das gegenseitige Kennenlernen und die Überwindung institutioneller Schranken zu erleichtern. Die Grundvorstellung dieser Vorgehensweise basiert auf einem idealtypischen Konzept „lernender Organisationen" und zielt damit auf längerfristige Prozesse des Kompetenzerwerbs und der Vertrauensbildung der Akteure untereinander ab (Sofaer 1994). Die Arbeit orientierte sich am Ziel, in zentralen Bereichen gemeinsame Situationsdefinitionen zu ermöglichen, und zwar auf der Grundlage gegenseitigen Kennenlernens der jeweils bedeutsamen Situationsbestandteile und eines darauf bezogenen Horizontabgleichs. Verbunden ist damit der generelle Erwerb von sozialen und personalen Aushandlungskompetenzen im Deutungs- und Machtgefälle der Beteiligten und ein langfristiger Aufbau notwendigen interinstitutionellen Vertrauens.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass noch keine theoretisch systematisierten gemeinsamen Themenvorgaben zur Abstimmung von Versorgungsleistungen vorgelegt werden konnten, so wie es mit dem Verlaufskonzept als übergeordnetem Orientierungsmodell diskutiert wird. Im Projekt wurden vielmehr empirisch ermittelte Informationsbedarfe der Professionellen als Aushandlungsgrundlage genutzt. Da sich dieser Qualitätsentwicklungsprozess vorrangig auf der Ebene der fachinhaltlich arbeitenden Akteure abspielt, bedarf er einer gezielten Unterstützung durch die Leitung der jeweiligen Institutionen, damit die erforderliche Verbindung von top-down und bottom-up Prozessen gewährleistet ist.

Vor dem Hintergrund einer fragmentierten Struktur des Gesundheitssystems bleibt der hier skizzierte Versuch, mithilfe eines akteursbezogenen Qualitätsentwicklungsprogramms berufskonzeptionelle Brüche durch die Förderung eines gemeinsamen Situationsverstehens zu bearbeiten, immer eine Gratwanderung. Er birgt auf der einen Seite berechtigte Interessenkonflikte der Akteure und auf der anderen Seite die gleichzeitige Chance, erhebliche Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten sowie auch für die Arbeitszufriedenheit der Professionellen zu erreichen.

Erste Berechnungen ergeben Anhaltspunkte dafür, dass die Förderung eines direkten Austauschs wie in diesem Projekt im Vorfeld der Klinikentlassung und auch im Hinblick auf die Sicherstellung anschlussfähiger Nachsorgekonzepte sich für ein Krankenhaus als kostengünstiger erweisen können, als die Etablierung einer gesonderten Überleitungsstelle. Die in dem Projekt entwickelten Patientenbegleithefte, die Eigentum der Patientinnen und Patienten sind, werden von diesen nicht so gerne angenommen, da deren Inhalte offenbar als unabänderliche Urteile und nicht als vorübergehend wichtige Informationen angesehen werden.

4.8.6 Förderungsnotwendigkeiten für eine kontinuitätssichernde Vernetzungspraxis

Benannt werden hier zentrale Voraussetzungen und Realisierungsmöglichkeiten für die Verbesserung eines kontinuitätssichernden Schnittstellenmanagements. Im Vordergrund stehen dabei Erfordernisse und Mechanismen, die auf die Bearbeitung institutioneller und konzeptioneller Versorgungsbrüche ausgerichtet sind. Diese werden behandelt

– auf der Ebene der Akteure sowie auf

– der Ebene der Arbeitsorganisation.

Bei den meisten hier aufgeführten Vorschlägen ist davon auszugehen, dass im ersten Schritt die oft gegensätzlichen Interessenlagen der Beteiligten zu überwinden sind.

4.8.6.1 Die Ebene der Akteure

Um die erforderlichen gemeinsamen Zielfindungsprozesse einleiten zu können, ist ein übergeordneter Orientierungsrahmen erforderlich, der die Tätigkeitsfelder und Zuständigkeitsbereiche aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen betrifft und die Versorgungserfordernisse integriert. Als eine gute Möglichkeit hierzu bietet sich das Verlaufsmodell, das zu Beginn des Kapitels genauer beschrieben wurde, als „Instrument zum Aufschließen der Situation" an.

Die drei Bereiche der gemeinsam zu erbringenden Bewältigungsarbeiten, der gesundheits-, der alltags- und der biografiebezogene Bereich sowie die damit verbundenen Steuerungserfordernisse können als zentrale Themenvorgaben genutzt werden. Sie wirken somit der inhaltlichen Unsicherheit hinsichtlich gemeinsamer Relevanzbereiche in interprofessioneller Arbeit entgegen. Ein übergreifen-

der Orientierungsrahmen kann auf drei Ebenen praktisch handlungswirksam werden:

– Als Rekonstruktionsrahmen, um Konsequenzen des Zusammenspiels und die Wechselwirkungen zwischen Interventionen und Verläufen zum Beispiel im Rahmen von Fallstudien sichtbar zu machen,

– als Planungsinstrument für Versorgungsabläufe und

– als Informations- und Koordinationsinstrument.

Im praktischen Einsatz bedürfen diese Kategorienvorgaben der Präzisierung. Jede Berufsgruppe steht dabei vor dem Erfordernis, ihren eigenen Beitrag an der Übernahme dieser Arbeiten zu definieren und dabei auf Anschluss-fähigkeit zu den anderen Bereichen zu achten. Andererseits erlaubt die Breite dieser Vorgaben aber auch, sie als übergeordneten Interpretationsrahmen zu nutzen. Dieser stellt Zusammenhänge klar, in denen einzelne Assessmentergebnisse, divergierende Prioritäten oder unterschiedliche Bedarfe verortet werden können, gemeinsame handlungsrelevante Situationsdefinitionen abgestimmt und Arbeitsaufteilungen praktisch vorgenommen werden können (Höhmann 2001a).

Ein solcher Orientierungsrahmen, der die eigenen Interventionen in einen Zusammenhang stellt und prozesshafte Wechselwirkungen mit dem Gesundheitszustand der Betroffenen betont, hilft den Berufsgruppen nicht nur bei ihrer fachinhaltlichen Unsicherheit im gegenseitigen Umgang, sondern auch gegen den Normdruck einer reduzierten Routine als Erwartung ihrer Einrichtungen.

Die Orientierung an einem gemeinsamen Versorgungsleitbild, wie es sich zum Beispiel durch die im Verlaufsmodell aufgezeigten Zusammenhänge ergibt, könnte so helfen, die engen Grenzen der Einrichtungsökonomien patientenangemessener zu gestalten. Die Breite und Flexibilitätserfordernisse der Bewältigungsarbeiten im Phasenverlauf setzen weiterhin klare Kommunikationsstrukturen voraus. Differenzen in der Deutungsmacht und in den Durchsetzungspotenzialen dürfen nicht zu Autoritätsbindungen ganzer Teams führen, die letztlich zum Nachteil der Betroffenen geraten. Zentral für die interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit sind:

– die gegenseitige Kenntnis und Anerkenntnis der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Wissenbestände, beruflichen Werte und Leistungen der Akteure,

– die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation, Kollegialität und Teamarbeit sowie zum Beisteuern der eigenen Expertise,

– gegenseitiges Vertrauen und die gleichberechtigte Aushandlung von Kooperationsstilen,

– geklärte rechtliche und positionale Verantwortlichkeiten,

·– die Sicherstellung und Überprüfung der gemeinsamen Zielorientierung.

Voraussetzung sind:

a) Der möglichst frühe und systematische Erwerb von Schlüsselkompetenzen:

Im Rahmen der Selbstkompetenz müssen die Gesundheitsberufe lernen professionelle persönliche Leistungen im Umgang mit Normdruck und Normschwäche zu entwickeln, ebenso auch die Fähigkeit, sich auf die Wahrnehmung der eigenen unhinterfragten Handlungshorizonte einzulassen.

Besonders in der aktuellen Umbruchsituation des Gesundheitswesens ist eine „ethisch-moralischen Mündigkeit“ unabdingbar und die Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktaustragung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Kompetenzen.

Erhöhte Sozialkompetenz soll es den Professionellen ermöglichen, untereinander aber auch mit den Betroffenen Aushandlungsprozesse über die jeweiligen Inhalte und Anteile von Bewältigungsarbeiten sowie die jeweiligen Steuerungserfordernissen einzuleiten, angemessen zu gestalten und in abgestimmte Handlungsstrategien zu integrieren.

Eine veränderte Sachkompetenz ermöglicht eine intellektuell-fachliche Mündigkeit, die zu einer inhaltlich begründeten Arbeitsgestaltung befähigt. Sie ermöglicht, vermeintliche von realen Zwängen zu trennen und eigene anschlussfähige Relevanzbereiche im Rahmen der gesamten Versorgungskette zu identifizieren

b) Interprofessionelles Lernen

Um dies entwickeln zu können sind umfassende Lernprozesse erforderlich, die stärker als bisher in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren sind. Das Feld interprofessionellen Lernens in Aus- und Fortbildung ist bislang in Einklang mit der fragmentierten Struktur des Gesundheitssystems in Deutschland stark vernachlässigt worden.

Die weitreichendsten Empfehlungen zum Aufbau solcher interprofessionellen Lernorte in der Ausbildung und Arbeitspraxis sind im angelsächsischen Raum veröffentlicht. So stellen Miller et al. (1999) im Auftrag des English National Board of Nursing, Midwifry and Health Visiting auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme solcher Lerninitiativen in Ausbildung und Berufspraxis im englischen Gesundheitssystem Empfehlungen für eine interprofessionelle Lernpraxis zusammen, die sie im Hinblick auf die Fragen von Versorgungskontinuität und Entlassungsmanagement für unverzichtbar halten.

4.8.6.2 Die Ebene der Arbeitsorganisation

Auf der Ebene der Arbeitsorganisation geht es hier besonders um drei Schwerpunkte:

– um eine Reform der Arbeitsabläufe und -inhalte,

– die Balance zwischen Normvorgaben und Gestaltungsspielräumen bei der Arbeitsgestaltung und

– eine Neuorientierung im Rahmen klassischer Qualitätsentwicklungsprogramme.

Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation an der Außengrenze von Einrichtungen, vor allem der Kliniken, ist jedoch, dass intern die Zuständigkeiten für die Bündelung und Weiterleitung der Einzelinformationen geklärt

sind und Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass sie die Aufgabenerfüllung ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, sind weitgehend sequenziell vollständige oder zumindest für die Professionellen weitgehend vollständig überschaubare Arbeitsabläufe erforderlich.

Für die Schnittstellengestaltung bedeutet dies an der Information, Abstimmung, Koordination, Kooperation und Integration beteiligt zu sein oder zumindest Einblick in deren Ablaufsystematik zu haben. Praktisch ergibt sich daraus die Konsequenz, Zeitkorridore für interprofessionelle Fallbesprechungen zur Beratung der Behandlungsplanung und -evaluation regelhaft zu Verfügung zu stellen und bei Übernahme eines Patienten die Ausgangs- und bisherigen Verlaufsinformationen im Abgleich mit den Betroffenen vollständig zu erheben, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Erst auf dieser Grundlage lassen sich in Entlassungskonferenzen die zentralen Relevanzbereiche der Betroffenen thematisieren sowie Behandlungs-, Pflege- und anderweitige Unterstützungsleistungen phasenbezogen und antizipativ so gestalten, dass Versorgungsbrüche verhindert werden.

Darüber hinaus ist es günstig, gerade für Patientinnen und Patienten mit komplexen Gesundheitserfordernissen eine möglichst hohe Konstanz der Betreuungspersonen zu gewährleisten, wie es beispielsweise im Rahmen unterschiedlicher Bereichs- und Bezugspflegesysteme in der Pflege praktiziert wird. Der Vorteil ist u. a. die gute Überschaubarkeit der prozesshaften Wechselwirkungen zwischen einzelnen Interventionen und der Gesundheitsentwicklung der Patientinnen und Patienten.

Auf der Grundlage einer einrichtungsintern verbreiterten Informationsbasis und eines systematischen Informationsflusses kann dann die verbesserte Informationspraxis mit nachsorgenden Einrichtungen sichergestellt werden. Die an anderer Stelle beschriebene Sozialvisite ist hier das geeignete Instrument.

Vor dem Hintergrund, dass nicht auf ein gemeinsames evidenzbasiertes Versorgungsparadigma zurückgegriffen werden kann, muss die fachinhaltliche Orientierung interaktiv gestaltet werden. Unterschiedliche Artikulationsfähigkeiten, Wissenskörper und Statusprobleme werden hier wirksam. Wie viele informelle Erfahrungsberichte bestätigen, liegt besonders für die Pflege ein hoher Emanzipations- und Konzeptklärungsbedarf vor, um als gleichwertiges Teammitglied eigene Urteile einzubringen. Das bedeutet nicht, dass die anderen Berufsgruppen, wie die der Ärztinnen und Ärzte, diesem Konzeptionsklärungsbedarf nicht unterlägen.

Allgemeine Erfordernisse sind:

– Patientinnen und Patienten und Angehörige sind in die Informationsübermittlung, wenn immer möglich einzubeziehen.
– Als ein strukturelles Erfordernis stellt sich dabei die Erschließung und organisatorische Sicherung horizontaler Informationskanäle dar, der Austausch über die Abteilungen einer Einrichtung hinweg, aber auch der einrichtungsübergreifende Austausch der nichtmedizinischen Berufsgruppen.
– Gegenseitige Hospitationserfahrungen erleichtern es den Professionellen, den reduktionistischen Charakter einer schriftlichen oder fernmündlichen Informationspraxis zu erweitern. Denn das Kennen der jeweiligen Handlungsschwerpunkte, Interventionsstrategien und Horizonte der weiteren Kettenglieder erleichtert es, patientenbezogene Prioritäten gemeinsam in den Mittelpunkt zu rücken. Die beobachtbare Tendenz, in Kliniken externe „Entlassungs-Manager“ zu etablieren, ist vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen immer nur als zweiter Schritt vorheriger interner Abspracheregelungen zu sehen.
– Zudem sind gezielt Räume und Zeitbudgets für Beratung, Information und die Abstimmung von Steuerungsarbeiten zwischen Professionellen, den Betroffenen und ihren Angehörigen einzuräumen. Hier sollte jede Berufsgruppe vorrangig für die von ihr vertretenen Inhalte zuständig sein. Sie muss jedoch die Anschlussfähigkeit der eigenen Themen zu denen der anderen Bereiche im Blick haben. Unterstützt wird so die angemessene Mobilisierung und Ausschöpfung der Bewältigungsressourcen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Es wird aber auch eine längerfristige Ermutigung/Ermächtigung („empowerment“) und die Stärkung der Selbsthilfe- und Selbstorganisationsfähigkeiten der Betroffenen im Umgang mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens angestrebt. Die Arbeit von dringend erforderlichen neutralen Patienteninformations- und -beratungszentren unterstützt diese Ziele ebenso wie die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfeorganisationen.
– Für die Patientinnen und Patienten stehen vorwiegend konkrete, körperbezogene krankheits- und alltagsbezogene Schwierigkeiten und Orientierungsnotwendigkeiten im Vordergrund ihres Beratungs- und Informationsbedarfs sowie Fragen zur praktischen Unterstützung bei Steuerungserfordernissen.
– Eine weitere Voraussetzung für die geforderte Flexibilität liegt in möglichst klaren Teamstrukturen und der Festlegung von positionalen, gestuften Verantwortlichkeiten und Kompetenzprofilen. Kooperationsformen – wie zum Beispiel eine berufsstrukturell geregelte oder eine situativ-partizipative –, Kooperationsmodelle – wie beispielsweise hierarchisch zuarbeitende oder additive Modelle der Leistungserstellung, aber auch eine integriert interdisziplinäre Leistungserbringung (vgl. Wöhrl 1988) – sowie klare Leitungsstrukturen sind berufsgruppen- und patientenbezogen für die inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeiten festzulegen.
– Vor dem Hintergrund zunehmender Bestrebungen, Managed Care, Care- oder Case-Management-Modelle einzuführen, ist ein Orientierungsrahmen, der im berufs- und einrichtungsübergreifenden Dialog inhaltliche Relevanzbereiche der Versorgung zum Schutze der Betroffenen festschreibt, eine sinnvolle Voraussetzung zur Einführung solcher Arbeitsmodelle. So kann darauf hingewirkt werden, dass konzeptionelle Leere

nicht vorrangig mit technisch ablauforientierten Verfahrensregeln oder unter Kostengesichtspunkten gefüllt wird.

4.8.7 Fazit

Die Ursachen für die Brüche in der Versorgung langzeitpflegebedürftiger und auch hochaltriger Menschen liegen auf verschiedenen Ebenen. Ihnen muss daher auch auf verschiedenen Ebenen entgegengewirkt werden. Diese Brüche werden zu großen Teilen durch die Art der Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens und die Förderung von Wettbewerbsstrukturen unterstützt oder sogar hervorgerufen.

Für alle Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfeangebote gilt, dass sie regional integriert erfolgen und mindestens die folgenden strukturellen Merkmale aufweisen sollten (Kühn 2001):

- Vernetzungssysteme sollten die Versorgung entlang einem Kontinuum gestalten,
- Vernetzungssysteme sollten als Organisationsprinzip die Kooperation sowie die fach- und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit zugrundelegen,
- Vernetzungssysteme sollten gemeinsame Informationssysteme entwickeln,
- Vernetzungssysteme sollten einen leichten Zugang für die Nutzerinnen und Nutzer zu den relevanten Informationen ermöglichen,
- Vernetzungssysteme sollten als Routine öffentlich zugängliche Informationen über sich selbst produzieren, insbesondere über die Qualität, Wirkung und Verteilung von Leistungen, Kosten und Nutzerzufriedenheit,
- Vernetzungssysteme sollten kontinuierliche Qualitätsentwicklung betreiben und
- Vernetzungssysteme sollten den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen leiten, an denen sie benötigt werden.

Auch wenn die politischen Bedingungen einen wesentlichen Rahmen darstellen, in dem die Brüche ihre Begründung finden, sind sie im vorliegenden Kapitel nicht Gegenstand der Analyse. Im Vordergrund standen hier die Potenziale der beteiligten Akteure, diesen Brüchen entgegenzuwirken, die über die oben genannten Mindestbedingungen hinausgehen.

Die Gründe für die oft gesundheitsschädigenden Brüche in der Versorgung liegen nicht nur darin, dass Hochaltrige im Verlauf eines längerfristigen Behandlungs- und Pflegebedarfs auf verschiedenartige Institutionen angewiesen sind, sondern auch in den verschiedenen Paradigmen, nach denen Angehörige verschiedener Professionen handeln. Interventionen sind allzu oft auf isolierte Problemwahrnehmungen gerichtet, Möglichkeiten von Synergieeffekten werden verschüttet.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen müssen Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem durchführen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen. Mit den krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeiten müssen sie ihre gesundheitliche Versorgung sicherstellen, mit den alltagsbezogenen Arbeiten ihre Alltagsroutinen sicherstellen und schließlich mit den biografiebezogenen Arbeiten ihre veränderte Lebenslage in ihren Lebensrhythmus einpassen. Dies alles muss mithilfe einer angemessenen Steuerung ineinander greifen.

Im Vordergrund eines Schnittstellenmanagements stehen die Möglichkeiten, die die jeweiligen Akteure der unterschiedlichen Professionen und aus den unterschiedlichen Institutionen haben. Hier sind verschiedene Modelle denkbar, bei denen allerdings als Grundvoraussetzung ein gemeinsames Verständnis der Versorgung erforderlich ist. Als Modell für die Schaffung eines Verständnisses wird das Trajekt- oder Krankheitsverlaufsmodell vorgeschlagen, anhand dessen langfristige Verläufe erkenntnisgewinnend analysiert werden können. Bei den meisten Formen des Case Management fehlt eine allgemeine Verständigung der an der Versorgung Beteiligten untereinander, und außerdem mangelt es den Case Managern in der Regel an Einfluss auf abgestimmte Wahrnehmungen und Behandlungsmöglichkeiten. Auch bei der Übertragung des Schnittstellenmanagements an einzelne Stelleninhaber sollte ein allgemeiner Informationsaustausch vorher erfolgt sein. Von großer Wichtigkeit ist bei jeder Einführung von Überleitungsmodellen, Case-, Care- oder Disease Management, dass hier nicht wieder neue Brüche geschaffen werden.

Die größte Chance für den geforderten Informationsaustausch wird in einer direkten Vernetzung der beteiligten Akteure und Institutionen untereinander gesehen. Minimalanteil dabei kann die Sozialvisite sein, bei der alle Beteiligten unter Einschluss der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an der Schnittstelle eines jeden Übergangs – nicht nur aus der akutstationären Versorgung heraus – eine Versorgungsplanung vornehmen. Hierbei können gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen entwickelt werden. Die Sozialvisite kann nur effektiv sein, wenn sie auf einem gemeinsamen Verständnis aufbaut. Hier ergibt sich der Anschluss an die Krankheitsverlaufsanalyse. Schließlich sind Koordinations- und Kooperationsaufgaben nicht „nebenher“ zu erbringen. Sie müssen einen sichtbaren Stellenwert mit expliziten Zeitbudgets in den Arbeitsabläufen der verschiedenen Versorgungsinstitutionen erhalten.

5 Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung

5.1 Überblick

Dieses Kapitel beginnt mit allgemeinen Erwägungen zur Wahrnehmung des Alters durch das Recht, besonders aber der Wahrnehmung altersspezifischer Schutzbelange. In diesem Zusammenhang wird auch die Altersdiskriminierungsproblematik angesprochen. In den vier weiteren Abschnitten werden einzelne Rechtsgebiete darauf hin untersucht, wie sie den im Vierten Altenbericht angesprochenen Themata Rechnung tragen, und wie in diesen Rechtsgebieten entsprechende Fortentwicklungen anzulegen sind. Diese Rechtsgebiete sind das Zivilrecht, das Strafrecht und das Sozial(leistungs)recht. Als Einzelgesetz wird das Heimgesetz als Recht der Ordnung der Heimverhältnisse besonders behandelt. Zum Schluss werden unter dem verfassungsrechtlichen Blickwinkel des Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung die Anwendbarkeit dieses Verbotes auf den Personenkreis der demenziell erkrankten Personen und mögliche Schlussfolgerungen daraus diskutiert.

5.2 Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang

Im Nachstehenden soll aufgezeigt werden, ob und wie das Recht auf besondere Belange im Alter und insbesondere im hohen Alter reagiert. Dazu wird kurz auf die Funktion von Altersgrenzen im Recht eingegangen. Weiter wird gefragt, wo das Alter und wiederum insbesondere das hohe Alter als rechtlicher Schutzbelang anerkannt wird und in welchen Formen dies geschehen kann. Schließlich wird noch das Thema einer Alters-Antidiskriminierungsgesetzgebung angesprochen.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff Alter in der Rechtsordnung in zweierlei Weise verwendet wird: Als Lebensalter im Sinne des kalendarischen Alters und als Lebensphase, unter der insbesondere die nachberufliche Phase verstanden wird, ohne dass jedoch allgemein gültige und präzise rechtliche Festlegungen für den Beginn dieser Lebensphase getroffen werden. Im Nachstehenden geht es nach einem kurzen Abschnitt über Altersgrenzen als kalendarische Grenzen inhaltlich vor allem um das Alter in der letzteren Begriffsverwendung.

5.2.1 Altersgrenzen als kalendarische Grenzen

Das deutsche Recht kennt Altersgrenzen als kalendarische Grenzen[46] vor allem in der Funktion des Schutzes und in der Funktion der Befähigung. Altersgrenzen mit solchen Funktionen gelten vor allem für Kinder und Jugendliche. Für Erwachsene gelten Altersgrenzen mit Befähigungsfunktion vor allem, wenn es um bestimmte verfassungsrechtlich herausgehobene oder sonstige mit Bedeutung versehene Ämter geht. Eine wichtige faktische Funktion von Altersgrenzen ist bei der Verteilung der Ressource der Betätigung am Arbeitsmarkt gegeben, wenn mit den altersabhängigen Zutrittsberechtigungen zu den Alterssicherungssystemen und zu anderen altersabhängigen Sozialleistungsberechtigungen de facto – nicht: de jure – eine Pflichtaltersgrenze für den Schnitt zwischen beruflicher und nachberuflicher Phase hergestellt wird.[47] In der nachberuflichen Phase selbst existieren keinerlei Altersgrenzen. So gibt das Recht auch keine Hinweise dafür, wann man von einem älteren Menschen als einer hochaltrigen Person sprechen kann.[48]

5.2.2 Alter als Schutzbelang auf der Ebene des Internationalen und des Europäischen Rechts, des Verfassungsrechts und des einfachen Gesetzes

5.2.2.1 Internationales und Europäisches Recht

Das internationale Recht enthält eine Vielzahl von Garantien für den Fall des Alters, die insbesondere die Menschenwürde, die soziale Sicherung, die ärztliche Betreuung und die Invalidität betreffen.[49]

Auf der Ebene des EU-Rechts werden im primären, d. h. im vertraglich verankerten, und im sekundären, d. h. im sonstigen durch Verordnungen und Richtlinien gesetzten Recht, auch bestimmte Rechtsgüter geschützt. Im Amsterdamer Vertrag sollen im Rahmen der sozialpolitischen Vorschriften etwa die allgemeine und berufliche Bildung und die Jugend durch bestimmte Maßnahmen gefördert worden (Artikel 149 und 150 EG). Der Entwurf einer Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die anlässlich des Gipfels in Nizza im Dezember 2000 proklamiert worden ist, die jedoch noch nicht in Kraft ist, enthält in Artikel 25 das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben. Dieses Recht lehnt sich an Artikel 23 der revidierten Europäischen Sozialcharta vom 3. Mai 1996 des Europarates an.[50] Nach dieser Vorschrift werden die Vertragsparteien, also die ratifizierenden Staaten, in Hinblick auf eine wirksame Ausübung des Rechts alter Menschen auf sozialen Schutz verpflichtet, „unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder

[46] Insgesamt hierzu: Igl 2000; Zacher 1994.

[47] Hierzu umfassend Boecken 1998.

[48] Zacher 1994: 309, weist darauf hin, dass die Definition der Schwelle zwischen dem „dritten“ und dem „vierten“ Alter nicht eine Frage des Rechts, sondern eine Frage der Statistik sei.

[49] Zacher 1994: 324. Abdruck zahlreicher internationaler Dokumente bei Dieck, M. et al. 1993; siehe auch den einführenden Beitrag von Igl 1993.

[50] Die revidierte Europäische Sozialcharta ist seit dem 1. Juli 1999 in Kraft. Sie ist von der Bundesrepublik Deutschland nicht unterzeichnet worden (http://www.esc.coe.int).

privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die insbesondere:

– älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, so lange wie möglich vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu bleiben, und zwar durch:
  – ausreichende Mittel, die es ihnen ermöglichen, ein menschenwürdiges Leben zu führen und aktiv am öffentlichen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen,
  – die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen und über ihre Möglichkeiten, diese in Anspruch zu nehmen;
– älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, ihre Lebensweise frei zu wählen und in ihrer gewohnten Umgebung, solange sie dies wollen und können, ein eigenständiges Leben zu führen, und zwar durch:
  – die Bereitstellung von ihren Bedürfnissen und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Wohnungen oder von angemessenen Hilfen zur Anpassung der Wohnungen,
  – die gesundheitliche Versorgung und die Dienste, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind;
– älteren Menschen, die in Heimen leben, angemessene Unterstützung unter Achtung ihres Privatlebens sowie die Beteiligung an der Festlegung der Lebensbedingungen im Heim gewährleisten sollen.“

Im sekundären Gemeinschaftsrecht sind ebenfalls einige Aussagen getroffen, die sich spezifisch auf ältere Menschen beziehen.[51]

Vorschriften zur Altersdiskriminierung enthält Artikel 13 EG, wonach der Rat im Rahmen der durch den Vertrag auf die Gemeinschaft übertragenen Zuständigkeiten auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments einstimmig geeignete Vorkehrungen treffen kann, um Diskriminierung unter anderem aus Gründen einer Behinderung oder des Alters zu bekämpfen. Auf der Grundlage dieser Norm hat der Rat zwei Gleichbehandlungsrichtlinien erlassen, von denen sich eine auch mit der Gleichbehandlung im Zusammenhang von Behinderung und Alter befasst. Diese Richtlinie 2000/78/EG des Rats vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf[52] befasst sich, wie es in ihrem Titel zum Ausdruck kommt, mit Diskriminierungsverboten in der Erwerbsphase. In Artikel 6 der Richtlinie werden die gerechtfertigten Ungleichbehandlungen wegen des Alters aufgeführt.

Das Europäische Recht enthält also bisher, soweit es EU-Recht ist, keinerlei Vorschriften, die sich mit Diskriminierungen wegen des Alters, verstanden als nachberufliche Lebensphase, befassen. Auch die jüngste Richtlinie handelt nur von der Diskriminierung wegen des Alters in Beschäftigung und Beruf. Die europäischen Normen, die sich mit bestimmten Aspekten der Förderung z. B. im gesundheitlichen, wohnungsmäßigen oder kulturellen Bereich befassen, also die entsprechenden Vorschriften in der Grundrechtecharta und in der revidierten Europäischen Sozialcharta, haben noch keine Geltungskraft.

5.2.2.2 Verfassungsrecht

Das deutsche Recht kennt eine Reihe von Rechtsgütern, deren Schutz der Verfassung anvertraut ist. Verfassungsrang haben vor allem die im Grundrechtskatalog geschützten Rechtsgüter, so an vorderster Stelle die Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG), oder etwa die Ehe und die Familie (Artikel 6 Abs. 1 GG). Der Schutz der Mutter ist als einziges soziales Grundrecht der deutschen Verfassung im Sinne eines Schutz- und Fürsorgeanspruchs gegenüber der Gemeinschaft ausgebracht (Artikel 6 Abs. 4 GG). Rechte älterer Menschen sind hingegen nicht Gegenstand eines besonderen verfassungsrechtlichen Schutzes. Aus den Grundrechten, die vor allem als Freiheits- und damit als Abwehrrechte konzipiert sind, werden jedoch auch Schutzpflichten entnommen. Dies gilt insbesondere bei der Bedrohung menschlichen Lebens und der Gesundheit.[53] Allerdings ist dem Gesetzgeber bei der Erfüllung der Schutzpflichten ein beträchtliches Maß an Entscheidungsfreiheit belassen.

Als Staatszielbestimmung gebietet Artikel 20 Abs. 1 GG „staatliche Fürsorge für Einzelne oder Gruppen, die aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände oder gesellschaftlicher Benachteiligungen an ihrer persönlichen oder sozialen Entfaltung gehindert sind“.[54]

Die Schutzbelange älterer und insbesondere hochaltriger Menschen genießen also nach diesen Maßgaben verfassungsrechtlichen Rang, auch wenn sie nicht im Einzelnen expressis verbis auf diesen Personenkreis zugeschnitten sind.[55] Zu Recht wird deshalb in der Verfassungsrechtslehre davon gesprochen, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch die Freiheitsgarantie altersgebundener und altersgerechter Entfaltung der Selbstgestaltung des sozialen Geltungsanspruchs als alter Mensch enthält. Aus der Menschenwürde kann ebenfalls ein Menschenrecht auf altersbezogene Selbstbestimmung abgeleitet werden (Pitschas 1997; s. a. Häberle 1993).

Einigen Landesverfassungen sind Aussagen zu entnehmen, die spezifisch auf das Alter bezogen sind. So enthält die Berliner Verfassung die Pflicht zur staatlichen Förderung der Errichtung und Unterhaltung von Einrichtungen für die Beratung, Betreuung und Pflege im Alter, bei Krankheit, Behinderung, Invalidität und Pflegebedürftigkeit sowie für andere soziale und karitative Zwecke (Artikel 22 Abs. 2 BerlVerf). Ähnlich lautet eine Vorschrift der Verfassung des Landes Brandenburg, nach der auch noch

[51] Siehe hierzu schon Dritter Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 273.

[52] ABlEG Nr. L 180 v. 19.7.2000, S. 22. Die Richtlinie soll bis zum 2.12.2003 in nationales Recht umgesetzt werden.

[53] Siehe zur Schutzpflicht um des Lebens willen beim Schwangerschaftsabbruch, BVerfGE 39, 1; 88, 203 (251 ff.).

[54] BVerfGE 45, 376 (387); 100, 271 (284), s. auch BVerfGE 40, 121 (133).

[55] Für eine Weiterentwicklung der Grundrechte alter Menschen im Kontext des Familienrechts plädiert Zenz 2000: 505.

das Mitentscheidungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen gewährleistet ist (Artikel 45 Abs. 3 BrandVerf). Die Landesverfassung der Freien und Hansestadt Bremen fordert den Aufbau einer Sozialversicherung, die eine ausreichende Versorgung im Alter zu sichern hat (Arikel. 57 Abs. 2 BremVerf). Eine ähnliche Formulierung findet sich in der Verfassung des Landes Hessen (Artikel 35 Abs. 2 HessVerf), des Saarlandes (Artikel 46 Satz 1 SaarlVerf) und von Rheinland-Pfalz (Artikel 53 Abs. 3 RhPfVerf). Eine besondere Schutzverpflichtung für alte und behinderte Menschen, einzulösen vom Land, den Gemeinden und den Kreisen, ist in der Verfassung des Landes Mecklenburg-Vorpommern enthalten (Artikel 17 Abs. 2 Satz 1 M-VVerf). Auch die Verfassung des Freistaates Sachsen äußert sich in dieser Richtung. Es werden aber nicht die Gemeinden und Kreise in die Pflicht genommen, sondern die Gemeinschaft. Die Unterstützungsverpflichtung ist in Sachsen auch mit einer Verpflichtung verbunden, auf die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen von alten und behinderten Menschen hinzuwirken (Artikel 7 Abs. 2 SächsVerf). Nach der Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt stehen ältere Menschen und Menschen mit Behinderung unter dem besonderen Schutz des Landes; das Land fördert ihre gleichwertige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Artikel 38 SaAnhVerf).

In den Verfassungen der Länder ist zwischen denen der alten und denen der neuen Bundesländer zu unterscheiden. Während Verfassungen der alten Bundesländer (Bremen, Hessen, Saarland, Rheinland-Pfalz) vor allem auf den Schutz älterer Menschen in der Sozialversicherung abgestellt wird, enthalten die Verfassungen einiger neuer Bundesländer Förder- und Teilhaberechte. Dazwischen steht die Verfassung des Landes Berlin mit einem einrichtungsbezogenen Ansatz.

In den zu Artikel 3 Abs. 3 GG analogen Antidiskriminierungsbestimmungen der Länderverfassungen ist im Übrigen das Alter ebenso wenig wie in dieser Grundgesetzbestimmung aufgeführt.

5.2.2.3 Gesetzesrecht

Auf der Ebene des einfachen Gesetzes ist eine Vielzahl von Rechtsgütern geschützt.[56] Hierzu zählen die sehr deutlich ausgebrachten Schutzgüter der sozialen Rechte im Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I), so z. B. das Recht auf Zugang zur Sozialversicherung, also auch zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung (§ 4 SGB I), oder das Recht auf Teilhabe behinderter Menschen (§ 10 SGB I). Der Schutz der in den sozialen Rechten aufgeführten Rechtsgüter vollzieht sich durch Sozialleistungen (siehe die zu den sozialen Rechten korrespondierenden Sozialleistungen in §§ 18 bis 29 SGB I). Auf ganz andere Weise werden bestimmte Rechtsgüter im Strafrecht geschützt, wo die Strafandrohung präventiv und die Strafverhängung repressiv zum Schutz bestimmter Rechtsgüter (z. B. Leben, Gesundheit, Eigentum) verhelfen soll. Der Schutz von Rechtsgütern findet aber nicht nur im Wege staatlicher Gewährleistungen in Form von Sozialleistungsansprüchen oder in Form der Vorhaltung von Strafverfolgung, Strafjustiz und Strafvollzugseinrichtungen statt. Auch Dritte können verpflichtet werden, bestimmte Rechtsgüter zu wahren. Dies gilt etwa bei der gesetzlich angeordneten Verpflichtung von Arbeitgebern, Schwerbehinderte zu beschäftigen (§ 71 SGB IX).

Das deutsche Gesetzesrecht enthält ebenso wenig wie das Grundgesetz Vorschriften, die sich allgemein mit den Rechten älterer Menschen befassen. Hingegen sind zahlreiche Vorschriften gegeben, die implizit, also ohne besondere Nennung der älteren Menschen, auch – und statistisch oft in der Überzahl – für ältere Menschen einschlägig sind, z. B. das Betreuungsrecht und das Heimgesetz. Einige besondere altersbezogene rechtliche Vorschriften finden sich im Sozialrecht, so die Rentenversicherung in ihrer Funktion als Altersversicherung, und die Altenhilfe des Sozialhilferechts.[57]

5.2.2.4 Zusammenfassung

Das Alter erscheint in zahlreichen internationalen Dokumenten als Schutzbelang. Im Europäischen Recht hat es jüngst in einer Antidiskriminierungsrichtlinie, die aber nur auf die berufliche Phase bezogen ist, Eingang gefunden. Die – in der Bundesrepublik noch nicht ratifizierte – revidierte Europäische Sozialcharta enthält jenseits solcher Diskriminierungsverbote substanzielle Förderverpflichtungen gegenüber der älteren Generation. Daran orientiert sich auch der Entwurf einer EU-Grundrechtecharta. Für das Europäische Recht gilt daher, dass das Alter in der nachberuflichen Phase als Schutzbelang erst verhältnismäßig spät erkannt worden ist.

Im nationalen deutschen Recht sind die Rechte der älteren Menschen im Sinne von einzelnen Schutzbelangen insbesondere in den Verfassungen einiger neuer Bundesländer anerkannt worden, während das Grundgesetz – allerdings ohne spezielle Nennung solcher Schutzbelange – nach allgemeiner Interpretation auch den Schutz von Rechten der älteren Generation in der nachberuflichen Phase zum Gegenstand hat. Auf der Ebene des einfachen Gesetzes sind solche Schutzbelange in der Hauptsache nur bei den Alterssicherungssystemen besonders ausgebracht worden. Das hohe Alter als möglicher besonderer Schutzbelang ist jedoch nirgendwo besonders aufgeführt. Das Fehlen besonderer Schutzvorschriften darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den allgemeinen Regelungen ein breiter Schutz für die Belange älterer Menschen gegeben ist.

5.2.3 Schutzweisen: Verbot der Diskriminierung wegen des Alters – Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange

In rechtlicher Sicht kann die Anerkennung des Alters als Schutzbelang auf vielfältige Weise realisiert werden. In der Diskussion geht es dabei vor allem um zweierlei: um

[56] Zenz (2000) kommt das Verdienst zu, die Diskussion um das Alter als Schutzbelang über den Bereich des Sozialrechts hinausgetragen und insbesondere auf die Verantwortung des Familienrechts hingewiesen zu haben.

[57] Dazu im Einzelnen unter Abschnitt 5.5.

das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und um das Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange. Diese Möglichkeiten und ihre rechtlichen Implikationen sollen im Folgenden skizziert werden. Dabei wird auch ersichtlich werden, dass sich Diskriminierungsverbote wegen des Alters vor allem auf die Phase der Erwerbstätigkeit beziehen.

5.2.3.1 Zum Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und zur Problematik eines besonderen altersbezogenen Antidiskriminierungsgesetzes

Das Verbot, eine bestimmte Personengruppe zu benachteiligen, die bestimmte Merkmale, wie z. B. Geschlecht, Sprache, Behinderung aufweist, stellt eine bekannte Form des Schutzes solcher Personen dar. Solche Diskriminierungsverbote sind in Artikel 13 EG – im Sinne der Förderung von Antidiskriminierungsmaßnahmen, worauf die Gleichbehandlungsrichtlinie 2000/78/EG beruht[58] – und in der deutschen Verfassung in Artikel 3 Abs. 3 GG enthalten, wobei in Artikel 13 EG auch das Alter als Merkmal genannt ist, während dies in Artikel 3 Abs. 3 GG nicht der Fall ist. Ein allgemeines Verbot der Ungleichbehandlung postuliert der allgemeine Gleichheitssatz in Artikel 3 Abs. 1 GG. Schließlich ist auch noch die im Zusammenhang der Geschlechtergleichbehandlung relevante Gleichberechtigung von Mann und Frau zu nennen (Artikel 3 Abs. 2, Satz 1 GG). Entscheidend ist bei den Diskriminierungsverboten wie bei den Gleichbehandlungsgeboten, in welche Richtung sie wirken sollen: Nur gegen die rechtliche Diskriminierung oder Ungleichbehandlung oder auch gegen die faktische Ungleichbehandlung? Nur gegen die direkte, gezielte Ungleichbehandlung oder auch gegen die mittelbare Diskriminierung?

Der allgemeine Gleichheitssatz nach deutschem Verfassungsrecht wirkt – in Erweiterung seines Wortlauts „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ – nicht nur gegenüber dem Gesetzgeber, sondern auch gegenüber gleichheitswidrigem Handeln der Exekutive und der Judikative, nicht jedoch unter privaten Dritten. Die Ebene der faktischen Diskriminierung und ihrer Beseitigung ist in Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG angesprochen, wenn dort gesagt wird: „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ Die mittelbare, also nicht mit Gesetzesabsicht oder auf sonstige Weise erzeugte Diskriminierung spielt vor allem auf der Ebene des EU-Rechts beim Grundsatz des gleichen Entgelts für Männer und Frauen eine Rolle (Artikel 141 EG), und jetzt auch auf dem Gebiet der Beschäftigung.[59]

Spezielle Antidiskriminierungsvorschriften haben gegenüber dem allgemeinen Gleichheitssatz den Vorzug, dass die Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung gerade wegen des das Diskriminierungsverbot auslösenden Elementes, z. B. der Sprache oder des Glaubens, grundsätzlich, aber nicht ausnahmslos, verhindert wird, während nach dem allgemeinen Gleichheitssatz Ungleichbehandlungen möglich sind, soweit sie (nur) sachlich gerechtfertigt sind.

Umstritten ist aber, in welchen Dimensionen Diskriminierungsverbote wirken können. Eher unproblematisch ist noch die Wirkung in Richtung auf den Staat in seinen Funktionen der Gesetzgebung, der Verwaltung und der Rechtsprechung. Problematisch ist jedoch schon, ob indirekte Auswirkungen, z. B. die fehlende Zugänglichkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln für Behinderte, vom Diskriminierungsverbot erfasst sind; noch problematischer ist, ob private Bauten ohne diskriminierende Barrieren errichtet werden müssen. In entwickelten Rechts- und Sozialstaaten ist auch weniger die rechtliche als vielmehr die faktische Diskriminierung ein Problem. Eine verbotene Diskriminierung liegt deshalb nicht schon ohne weiteres vor, wenn es der Staat unterlassen hat, eine bestehende faktische Diskriminierung zu beseitigen. Faktische Diskriminierung kann aber vor allem durch aktives Tätigwerden des Staates beseitigt werden. Dies vollzieht sich durch Förderung der Beseitigung von Diskriminierung, wie es auch in Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG für die Gleichberechtigung von Mann und Frau und in Artikel 13 EG für die entsprechenden Antidiskriminierungsmaßnahmen zum Ausdruck kommt.

Eine spezielle altersbezogene Antidiskriminierungsgesetzgebung ist vor allem aus den USA bekannt, während in der Bundesrepublik Deutschland schon der Terminus der Antidiskriminierungsgesetzgebung wenig gebräuchlich ist. Eine spezielle Antidiskriminierungsgesetzgebung ist auch nur vereinzelt anzutreffen.[60] Gesetze, die inhaltlich eine Nichtdiskriminierung bewirken sollen, werden vielmehr unter einem eher neutralen Titel geführt.[61] Im Verfassungsrecht stellt Artikel 3 Abs. 3 GG spezielle Diskriminierungsverbote auf, wobei die Einführung des Diskriminierungsverbotes gegenüber Menschen mit Behinderung das jüngste Beispiel ist (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).[62]

Für ältere Menschen ist in der rechtswissenschaftlichen Literatur bisher – soweit ersichtlich – kein Antidiskriminierungsgesetz gefordert worden. Dies mag darauf beruhen, dass es bisher in der Bundesrepublik gelungen ist, eine besonders für die Antidiskriminierung anfällige Debatte im Bereich der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden. Die Altersunabhängigkeit der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung steht etwa hierfür. Die Erforderlichkeit eines solchen Antidiskriminierungsgesetzes wäre auch nur dann gegeben, wenn sich eine diskriminierende rechtliche Behandlung von älteren Menschen ausmachen ließe. Eine faktisch diskriminierende Behandlung wäre

58 Siehe dazu oben Abschnitt 5.2.2.1.

59 In der Richtlinie 2000/78/EG liegt mittlerweile eine Definition der unmittelbaren und mittelbaren Diskriminierung vor (Artikel 2 der Richtlinie).

60 So im Gesetz zur Beendigung von Diskriminierungen für gleichgeschlechtliche Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266).

61 So die Gleichbehandlung ehelicher und nichtehelicher Kinder im Gesetz über die rechtliche Stellung der nichtehelichen Kinder vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1243).

62 Siehe dazu unten Abschnitt 5.7.

hingegen durch ein solches Gesetz kaum effektiv zu beseitigen. Zudem müsste die Frage gestellt werden, was unter einer solchen faktischen diskriminierenden Behandlung älterer Menschen zu verstehen wäre.[63] Sicherlich kann nicht jedes soziale oder medizinische Versorgungsdefizit, das auch andere als alte Menschen betrifft, als faktische Diskriminierung angeprangert werden.

Sozial- und rechtswissenschaftliche Untersuchungen zur Thematik der Diskriminierung der Gruppe älterer, insbesondere hochaltriger Menschen existieren, soweit ersichtlich, nur vereinzelt, so z. B. im Zusammenhang der Rationierung von Gesundheitsleistungen (Brockmann 2000). Aus diesem Grund müssen alle Erwägungen zu möglichen Antidiskriminierungsregelungen eher allgemeiner Natur bleiben.

Die Alters-Antidiskriminierungsdiskussion in den USA zeigt im Übrigen, wie es um die Leistungsfähigkeit einer Antidiskriminierungsgesetzgebung bestellt ist. In den USA hat diese Diskussion schon in den 60er-Jahren begonnen und dort ihren ersten gesetzlichen Niederschlag 1967 für den Bereich des Arbeitslebens im Age Discrimination in Employment Act of 1967 (ADEA)[64] gefunden.[65] Dieses Gesetz hat zu unzähligen Verfahren geführt. Die ursprünglich vorgesehene Geltung des Gesetzes für die Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen ist 1978 erweitert worden auf die Gruppe bis zum Alter von 69 Jahren (ADEA Amendments of 1978). 1986 ist die obere Altersgrenze ganz aufgehoben worden (Amendments of 1986). Die weitere allgemeine Alters-Antidiskriminierungsgesetzgebung von 1975 (Age Discrimination Act of 1975 – ADA)[66] ist aus deutscher Sicht wenig wirksam geblieben (Eglit 1985). Dieses Gesetz verbietet jede Diskriminierung aus Altersgründen bei Programmen, die bundesstaatlich finanziert werden. Die gesetzlichen Ausnahmen vom Altersdiskriminierungsverbot spiegeln die Verlegenheiten wider, die bei einer derartigen Gesetzgebung unumgänglich sind. So sind indirekte Auswirkungen mit Altersbezug nicht untersagt, ebenso wenig Programme, bei denen der Altersbezug notwendig eine Rolle spielt. Auch kann jede gesetzliche Regulierung einen Altersbezug haben. Auch besondere Sozialleistungen für bestimmte Altersgruppen wie für Kinder oder für ältere Menschen sollen möglich bleiben (Eglit 1985: 540).

[63] Vor kurzem ist im Internet von dem Verein Zeitsprung e.V. eine Aktion gegen Altersdiskriminierung gestartet worden (www.altersdiskriminierung.de). Die dort aufgeführten Beispiele betreffen zum großen Teil Diskriminierungen aufgrund des kalendarischen Lebensalters im Sinne von Befähigungsgrenzen (s. hierzu oben Abschnitt 5.2.1.). Genannt werden als Anhaltspunkte für eine Altersdiskriminierung auch eine schlechtere medizinische Versorgung oder eine ungerechtfertigte Entmündigung mithilfe des Betreuungsrechts. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Textes waren Beispiele hierzu nicht gegeben. Siehe zu dieser Initiative Schweitzer & Nakielski 2001: 62–63. Kritisch zu der Initiative Grieshaber 2001.

[64] 29 U.S.C. 621 to 634.

[65] Hierzu Fenske 1998; siehe auch Finkin 1990. Die internationalrechtlichen (kollisionsrechtlichen) Auswirkungen des ADEA beschreibt Birk 2000.

[66] 42 U.S.C. 4112.

Im Vergleich mit den bundesrepublikanischen Verhältnisse kann gesagt werden, dass die Wirkungen eines Alters-Antidiskriminierungsgesetzes grundsätzlich bereits mit der Anwendung des allgemeinen Gleichheitssatzes (Artikel 3 Abs. 1 GG) und aufgrund der EU-rechtlichen Bestimmungen erreicht werden können. Das Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 Abs. 1 GG, das sich nicht nur an den Gesetzgeber, sondern auch an die Verwaltung und an die Rechtsprechung richtet, ist im Stande, auch die nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung aus Altersgründen zu bewältigen. Bezieht sich eine Ungleichbehandlung auf gesundheitliche Merkmale, kann das Diskriminierungsverbot für behinderte Menschen helfen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).[67] Deshalb bedürfte die Einführung einer solchen Antidiskriminierungsgesetzgebung einer besonderen Notwendigkeit, die gegenwärtig und gerade wegen der Existenz eines verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbotes für behinderte Menschen nicht erkennbar ist. Im Übrigen hat sich bisher im bundesdeutschen Sozialstaat manches Antidiskriminierungsanliegen wenig spektakulär und selbstverständlich auf einfachgesetzlicher Ebene erledigt, so z. B. durch Einführung einer nicht altersbezogenen Pflegeversicherung.

Die Problematik der Forderung nach Einrichtung allgemeiner altersbezogener Sonderrechte wird in folgender Aussage eines US-amerikanischen Altersrechtsspezialisten (Cain 1976) aus dem Jahr 1976 deutlich:

> „In a sense, the gerontological movement is currently caught in the trap of trying simultaneously to promote the case of equality by maintaining adult status into old age (...) and to promote the case of inequality by insisting that the elderly have special needs.“

5.2.3.2 Förderung altersspezifischer Schutzbelange

Das Grundanliegen der älteren Menschen ist weniger im Verbot gesetzlicher Diskriminierungen zu sehen, als vielmehr in der aktiven Förderung von Schutzbelangen. Angesprochen sind hier wieder die Gesetzgebung, die in den entsprechenden Gesetzen die Schutzbelange älterer Menschen berücksichtigt, die Verwaltung, die bei der Umsetzung der Rechtsvorschriften diese Schutzbelange im Auge haben muss, und die Justiz, die diese Schutzbelange zu wahren hat.

Die aktive Förderung von Schutzbelangen kann sich auf der Ebene des Verfassungsrechts wie auf der Ebene des einfachen Gesetzes vollziehen. Auf der verfassungsrechtlichen Ebene wirkt bereits jetzt das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG). Verfassungsrechtlich möglich und, wie es einige Landesverfassungen zeigen, auch nicht ungewöhnlich, wäre die Einrichtung eines Verfassungsgebotes auf Förderung der Rechte oder der Schutzbelange älterer Menschen. Es ist aber nicht ersichtlich, dass ein solches Verfassungsgebot mehr zu leisten imstande wäre als die schon jetzt anerkannten und aus den Grundrechten abgeleiteten staatlichen Schutzpflichten, wie sich diese

[67] Siehe dazu ausführlicher Abschnitt 5.7.

auf einfachgesetzlicher Ebene insbesondere im sozialrechtlichen Schutz für diesen Personenkreis ausdrücken.[68]

5.2.3.3 Zusammenfassung

Die Diskussion um ein Antidiskriminierungsverbot aus Gründen des Alters wird vor allem in Hinblick auf die Phase der Erwerbstätigkeit geführt. Altersspezifische Schutzbelange in der nachberuflichen Phase werden in der Bundesrepublik nicht durch besondere Benachteiligungsverbote, sondern durch soziale Gewährleistungen bewältigt. Das Problem der Diskriminierungen wegen des Alters im Sinne der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Lebensphase, hier insbesondere der Lebensphase, die als hohes Alter bezeichnet wird, stellt sich, soweit dies angesichts fehlender Untersuchungen zu diesem Themenkreis überprüfbar ist, nicht als Problem der unmittelbaren oder mittelbaren Diskriminierung durch Gesetze dar.

Die faktische Diskriminierung des Personenkreises der Hochaltrigen ist nur vereinzelt Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchungen gewesen. Unabhängig davon sind im deutschen Recht verfassungsrechtlich auf der Ebene des Grundgesetzes wie in sonstigen Vorschriften zahlreiche und wirksame Vorkehrungen getroffen worden, Diskriminierungen wegen des Alters zu begegnen, ohne dass dies – abgesehen von einigen Bestimmungen in den Verfassungen einiger Bundesländer – jeweils in Form spezifischer altersbezogener Regelungen geschehen ist. Aus diesem Grund kann gesagt werden, dass zumindest zur Zeit kein Bedarf an solchen Regelungen besteht. Es ist jedoch ein erheblicher Bedarf insbesondere an sozialwissenschaftlichen, aber auch an rechtlichen Untersuchungen zu diesem Thema zu verzeichnen.

5.3 Zivilrechtliche Rahmenbedingungen

5.3.1 Gefahren für die Besorgung der eigenen Angelegenheiten im hohen Alter

Hochaltrige geraten häufig wegen Krankheit, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen in die Gefahr, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten, wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwendung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

Einerseits muss das Ziel sein, die Selbstbestimmung alter Menschen soweit und solange wie möglich zu wahren. Andererseits bedürfen sie zum Schutz ihres Lebens und ihrer Gesundheit sowie ihrer wirtschaftlichen Situation vielfach der betreuenden Unterstützung und auch stellvertretender Regelungen ihrer Verhältnisse. Heime und Krankenhäuser können mit ihren Patientinnen und Patienten wegen der Weiterführung einer notwendigen Behandlung und wegen der Bestimmung des Aufenthaltes in Schwierigkeiten geraten. Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB) ist an die Stelle der früheren Entmündigung wegen Geschäftsunfähigkeit, der Vormundschaft über Erwachsene und der Gebrechlichkeitspflegschaft ohne grundsätzliche Abstufung getreten. Sie ist staatlich organisierter Beistand in Form von rechtlicher Fürsorge. Ein rein tatsächlicher Hilfebedarf bei den Angelegenheiten des täglichen Lebens, etwa der Versorgung, der Körperpflege oder dem Herbeiholen eines Arztes bzw. der Unterbringung in einem Krankenhaus ist im zivilrechtlichen Sinne selbst keine Betreuung, ist aber im Bedarfsfall von dieser zu organisieren.

5.3.2 Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB)

Die Betreuung gilt für vermögensrechtliche Angelegenheiten aller Art ebenso wie für persönliche Dinge, Aufenthaltsbestimmung, Krankenversorgung. Die Bestellung einer Person als Betreuer erfolgt entweder auf Wunsch des Hilfsbedürftigen selbst oder von Amts wegen auf Anregung etwa des Arztes, von Angehörigen oder Nachbarn. Meist wird vor der Betreuerbestellung durch das Gericht ein ärztliches Gutachten eingeholt, um die individuelle Hilfsbedürftigkeit festzustellen. Ein Betreuer wird nur für bestimmte Aufgabenkreise bestellt, in denen jeweils eine Betreuung erforderlich ist. Oft wird die Betreuung durch einen Arzt oder eine Klinik angeregt. Beschränkungen in der eigenen Verfügung des Betreuten selbst können angeordnet werden, wenn sonst Gefahren für den Betreuten durch dessen Verhalten bestehen (§§ 1896 ff. BGB).

In der Regel wird eine natürliche Person, etwa aus dem persönlichen Umfeld des Betreuten, zum Betreuer bestellt. Professionelle Betreuer sollen nur dann bestellt werden, wenn keine anderen geeigneten Personen zur Verfügung stehen, die zur ehrenamtlichen Führung der Betreuung bereit sind (§ 1897 Abs. 6 BGB). Der Betreute hat ein Vorschlagsrecht. Schlägt er einen Betreuer vor, so ist diesem Vorschlag zu entsprechen, wenn es seinem Wohle nicht zuwiderläuft. Auf verwandtschaftliche oder persönliche Bindung eines Volljährigen ist ebenso wie auf die Gefahr von Interessenkonflikten Rücksicht zu nehmen. Wer zu einer Anstalt, einer Klinik oder einer sonstigen Einrichtung, in welcher der Volljährige untergebracht ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden. Einen geeigneten Betreuer zu finden, ist oft schwierig. Gut ist es, wenn ein Angehöriger zur Verfügung steht, freilich können gerade zwischen Angehörigen als Betreuer und Betreuten erhebliche Spannungen bestehen.

In der Praxis der Altenbetreuung ziehen sich Verfahren zur Bestellung eines Betreuers oft unvertretbar lange hin. Häufig besteht ein zwingender Handlungsbedarf, etwa für den Beginn oder die Fortführung einer akut notwendigen klinischen Behandlung und eine Aufenthaltsbestimmung. Hier sollte im Eilverfahren eine vorläufige Anordnung der Betreuung mit zeitlicher Befristung ermöglicht werden. Diese vorläufige Anordnung müsste innerhalb 24 Stunden erreichbar sein. Auch in diesem vorläufigen Verfahren sollte der Betroffene, wenn möglich, vorher gehört werden.

Der vorläufigen Anordnung sollte nach der erforderlichen eingehenden Prüfung dann innerhalb der Geltungsfrist der vorläufigen Anordnung die definitive Entscheidung über die Einrichtung einer Betreuung folgen.

[68] Siehe dazu im Einzelnen unten Abschnitt 5.5.

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung einer vorläufigen Anordnung der Betreuung erscheint angezeigt, auch um sonst erforderlich werdende Anordnungen einer Unterbringung zu vermeiden. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass in der freiwilligen Gerichtsbarkeit generell die Möglichkeit einer einstweiligen Anordnung besteht (§ 69 FGG).

Die Betreuung soll so wenig wie möglich in die Selbstbestimmung des Betroffenen eingreifen. Daher sind in Zeiten, in denen noch keine kognitiven Beeinträchtigungen bestehen, vor der kritischen Situation getroffene Anordnungen für den Fall der Hilfsbedürftigkeit möglich, die dann insoweit eine Betreuung überflüssig machen können. Betreuungsverfügungen enthalten solche vorsorglich privatautonom getroffenen Regelungen für den Fall der Anordnung einer Betreuung sowohl hinsichtlich der Person des Betreuers als auch für seine Tätigkeit.

5.3.3 Die Vorsorgevollmacht anstelle einer Betreuung

Die staatliche Anordnung einer Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Betroffenen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, in denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können (§ 1896 Abs. 1 BGB). Die staatliche Zwangsbetreuung ist also subsidiär zur eigenen vorsorglichen Regelung der Angelegenheiten bei Hilfsbedürftigkeit durch individuelle Entscheidung ohne Beteiligung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB).

Inzwischen ist außer Streit, dass Vorsorgebevollmächtigte nicht nur für wirtschaftliche, sondern auch für persönliche Angelegenheiten, wie für Entscheidungen über ärztliche Behandlung, Aufenthaltsbestimmung, oder auch den Abbruch ärztlicher Behandlungen durch den Betroffenen selbst bestellt werden können. Voraussetzung einer wirksamen Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten ist die Geschäftsfähigkeit des Betroffen zum Zeitpunkt der Erstellung der Vorsorgevollmacht. Es bedarf für solche Vollmachten einer Einsichtsfähigkeit, etwa auch dafür, dass es zu Einwilligungen in medizinische oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen kommen kann.

Obwohl durch die neuere Gesetzgebung die private, selbstbestimmte Vorsorge des Betroffenen Vorrang vor der staatlichen Anordnung einer Betreuung haben soll, wird in der Praxis die staatliche Anordnung einer Betreuung auch deswegen bevorzugt, weil hinsichtlich der Wirksamkeit einer Bestellung eines privaten Bevollmächtigten häufig Zweifel bestehen. Denn es ist oft nicht leicht feststellbar, ob die Berufung eines Vorsorgebevollmächtigten im Zustand der Geschäftsfähigkeit erfolgt ist. In Fällen begründeten Zweifels der Wirksamkeit einer erteilten Vollmacht sollte daher ein gesetzliches Betreuungsverfahren eingeleitet werden.

5.3.4 Freiheitsentziehende Unterbringung Betreuter

Die Unterbringung eines Betreuten, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur unter eingeschränkten Voraussetzungen zulässig. Entweder muss aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer Behinderung des Betreuten die Gefahr bestehen, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder es muss eine Untersuchung des Gesundheitszustandes oder eine Heilbehandlung notwendig sein, die ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Die Unterbringung erfordert die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1906 Abs. 1, Abs. 2 BGB).

5.3.5 Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen

Eine weitere Einschränkung gilt für die Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen. Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1904 Abs. 1 BGB). Mit Recht wird kritisiert, dass diese Bestimmung unklar ist und in der Praxis Probleme aufwirft.

Trotz Betreuerbestellung bedarf es bei evtl. auch nur zeitweise bestehender Einsichts- und Handlungsfähigkeit keiner ergänzenden Zustimmung des Betreuers. Der Wille des einsichtsfähigen Betreuten hat stets Vorrang. Die Schutzvorschrift des § 1904 BGB greift erst ein, wenn die Einsichtsfähigkeit des Betreuten, die nicht mit der Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen ist, fehlt.

Die Regelung des § 1904 BGB ist vor allem deswegen problematisch, weil gerade bei erheblich erkrankten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten häufig Lebensgefahr bei ärztlichen Eingriffen oder die Gefahr eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens besteht. Die Intention der Bestimmung ist zwar deutlich: Sie soll leichtfertige und missbräuchliche Einwilligungen des Betreuers in ärztliche Maßnahmen ausschließen. Das Erfordernis einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht erschwert aber die sachgemäße Tätigkeit des Betreuers. Es ist zweifelhaft, ob eine staatliche Kontrolle zum Schutze der Betreuten hier erforderlich und der Sache dienlich ist. Es ist außerordentlich zweifelhaft, dass der Staat sich hier eine Entscheidungskompetenz in medizinischen Dingen zumutet. Der Sache nach werden Arzt und Betreuer damit weitgehend von einer Entscheidungsverantwortung und auch einem Haftungsrisiko entlastet.

Literatur und Rechtsprechung suchen Kriterien für eine nähere Bestimmung des Genehmigungserfordernisses. Danach müssen die medizinischen Maßnahmen (einschl. der Behandlung mit Medikamenten) eine begründete Gefahr auslösen, dass der Betreute stirbt oder einen schweren Schaden erleidet. Es werden Prozentsätze einer Wahrscheinlichkeit gesucht. Wenig wahrscheinliche, jedoch nicht auszuschließende Risiken sind nicht genehmigungspflichtig. Es muss sich um eine ernste und konkrete Erwartung einer negativen Folge handeln, die in aller Regel

oder aufgrund eines besonders gelagerten Einzelfalles eintritt (Palandt 2002, § 1904 Rn. 9). Seltene Nebenwirkungen sollen die Genehmigungsbedürftigkeit nicht auslösen. Andererseits sollte das Vormundschaftsgericht wegen des bestehenden letalen Risikos u. a. bei Risikooperationen an Herzkranken eingeschaltet werden.

Diese Formeln zeigen, wie problematisch die vormundschaftsgerichtliche Kompetenz in solchen Fragen ist. Es sollte überlegt werden, ob nicht alle normalen, dem Standard entsprechenden ärztlichen Behandlungen aus der Genehmigungspflicht herausgenommen werden und diese auf außerordentliche, für den Patienten besonders risikobehaftete Maßnahmen beschränkt wird, wenn es schon bei einer gerichtlichen Kontrolle bleiben soll. § 1904 BGB sollte dahin geändert werden, dass Standardverfahren in Diagnostik und Therapie, die nicht mit besonderen Risiken behaftet sind, in der Regel nicht der Genehmigungspflicht unterliegen.

5.3.6 Genehmigungserfordernis bei Behandlungsentscheidung bzw. beim Abbruch lebensverlängernder Behandlung

Ob eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung auch erforderlich ist, wenn eine Behandlung wegen zu erwartenden nahen Todes abgebrochen oder auf palliative Maßnahmen eingeschränkt wird, ist umstritten.

Ausdrücklich wird der Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung vom Wortlaut des § 1904 BGB nicht erfasst. Eine wohl überwiegende Ansicht spricht sich mit Recht für eine analoge Anwendung der Bestimmung aus (Palandt 2000, vor § 1896 Rn. 11; anders jetzt Palandt 2002). Wenn ein Abbruch oder eine Einschränkung einer lebensverlängernden Behandlung den Tod des Betroffenen wahrscheinlich machen, handelt es sich um eine jedenfalls vergleichbare Situation. Kritisiert wird, dass damit Gerichte zur Entscheidung über Leben und Tod bei Betreuten bestimmt würden. Zweck der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung nach § 1904 BGB ist aber nicht eine staatliche Entscheidung für oder gegen den Tod eines Betroffenen, sondern lediglich eine Missbrauchskontrolle. Daher bedarf es, wenn überhaupt, wohl gerade in den Fällen der Behandlungsbeendigung einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung.

Die Genehmigungspflicht sollte aber nur für das Absehen von möglichen indizierten Therapiemaßnahmen gelten, nicht aber für eine normale palliative Behandlung.

5.3.7 Patientenverfügungen haben Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers

Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers haben Anordnungen aus so genannten Patientenverfügungen. Diese verbreiten sich derzeit immer mehr. Ihre Zulässigkeit und Notwendigkeit wird überwiegend bejaht. Es handelt sich dabei nicht um ein Patiententestament, da es sich nicht um Verfügungen über Vermögen von Todes wegen handelt. Daher gelten auch keine entsprechenden Formerfordernisse.

Patientenverfügungen sind Anordnungen in Gesundheitsangelegenheiten für Entscheidungen, die möglicherweise in der Zukunft erforderlich werden. Hier kann bereits vorweg in Maßnahmen eingewilligt bzw. eine Einwilligung bereits vorweg definitiv verweigert werden, insbesondere kann über den Abbruch lebensverlängernder Behandlungen im Vorhinein entschieden werden. Dabei ist es erforderlich, die Situation der Entscheidung etwa einer schweren, nicht mehr aufhaltbaren Krankheit hinreichend konkret zu umschreiben.

Solche Patientenverfügungen binden die Beteiligten, auch den Betreuer. Sie ist nicht, wie früher überwiegend angenommen wurde, nur Indiz eines mutmaßlichen Patientenwillens, sondern eine vorweggenommene eigenverantwortlich abgegebene Erklärung, die für den Fall des Eintritts der in ihr genannten Bedingungen gilt (Eisenbart 2000: 31 ff.).

Wenn es konkrete Hinweise dafür gibt, dass der Kranke an einer früher getroffenen Verfügung nicht mehr festhalten will, verliert die Patientenverfügung auch dann, wenn es sich um einen Widerruf im Zustand der Geschäftsunfähigkeit handeln sollte, ihre Wirksamkeit. Häufig wird die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht verbunden. Die Erklärung des Vorsorgebevollmächtigten hat dann Vorrang vor der Entscheidung des Betreuers.

Für den Vorsorgebevollmächtigten gilt auch das Zustimmungserfordernis des Vormundschaftsgerichtes nach § 1904 Abs. 1 BGB. Die Vorsorgevollmacht bedarf der Schriftform, die medizinischen Maßnahmen, die in Betracht kommen, müssen in ihr ausdrücklich genannt sein (§ 1904 Abs. 2 BGB).

5.3.8 Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Es fragt sich, ob nicht Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung der Anordnung einer Betreuung vorzuziehen sind, weil mit ihnen mehr Rücksicht auf den eigenen Willen des Betroffenen genommen werden kann. Es ist aber zu bedenken, dass zweifelhaft sein kann, ob der Betroffene noch für die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten und die Errichtung einer Patientenverfügung geschäftsfähig war oder ist. Auch ist zu bedenken, dass allein mit der Betreuung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden kann, der häufig zum Schutze des Betreuten erforderlich ist. In solchen Fällen ordnet das Vormundschaftsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (§ 1903 BGB). Daher wird häufig die Betreuung gewählt, da sie Zweifel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ausschließt und mit der Anordnung von Einwilligungsvorbehalten dem Schutze von Person und Vermögen des Betreuten dienen kann.

Eine neben der Betreuungsanordnung wirksam erteilte Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung haben aber Vorrang vor den Anordnungen des Betreuers. Gerade Hochaltrige und chronisch Kranke greifen heute zunehmend zum Mittel einer Patientenverfügung, um ihren Willen für die Behandlung in der letzten Phase ihres Lebens

zum Ausdruck zu bringen. Sie wollen damit der Gefahr vorbeugen, in dieser Phase zum bloßen Objekt ärztlicher Behandlungsmaßnahmen zu werden und suchen ihre Selbstbestimmung bis zum Ende zu wahren.

Für die zu erwartende gesetzliche Regelung der Vorsorgevollmacht ist eine Bestimmung empfehlenswert, dass als Voraussetzung der Wirksamkeit einer Patientenverfügung eine vorhergehende ärztliche Beratung und Aufklärung über mögliche Wirkungen einer Patientenverfügung stattfindet.

5.4 Strafrecht

5.4.1 Zur Opfersituation älterer Menschen bei Straftaten

Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen – Personen über 60 Jahren – für die meisten Delikte, mit Ausnahme etwa des Handtaschenraubes, seltener Deliktopfer werden, als Jüngere. Relativ häufig finden sich noch Belastungen durch Betrug und Einbruchsdiebstahl (Wetzels et al. 1995).

Frühere Annahmen gingen eher dahin, dass Ältere leichter Opfer von Straftaten würden, etwa weil sie relativ bequeme Ziele sind, über Eigentum verfügen, weniger abwehrfähig und weniger mobil sind, als Jüngere.

Andererseits sind es die im Alter sinkende Mobilität, die dem sozialen Leben häufig fernere Lebensweise, die mögliche Gelegenheiten, selber zum Opfer zu werden, verringern und eine niedrigere Kriminalitätsbelastung nahe legen. Ältere sind wegen höherer Kriminalitätsfurcht auch weniger geneigt, sich gefährlichen Situationen auszusetzen.

Kriminalitätsstatistiken und Opferbefragungen belegen die deutlich geringere Opferbelastung älterer Menschen in den meisten Bereichen. Allerdings wird auf die bisher ganz unzureichenden Feststellungen aufgrund von Opferbefragungen in engen sozialen Beziehungen, insbesondere im innerfamiliären Nahraum hingewiesen. Zwar sind absolut betrachtet die Zahlen, die sich aus Befragungen ergeben, relativ gering. In der Sache aber handelt es sich durchaus nicht um zu vernachlässigende Größen (zu Formen und Ausmaß von Gewalterfahrungen alter Menschen im sozialen Nahraum siehe Kapitel 3.4.5.2). Festzustellen ist, dass mit zunehmendem Alter der Anteil von Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Familie und Privatheit angesiedelt sind, steigt, trotz relativ geringer Zahlen. Untersuchungen haben gezeigt, dass ältere Menschen, wenn sie Furcht vor Kriminalität empfinden, stärker als Jüngere darunter leiden und in ihrem Befinden mehr dadurch belastet werden. Andere Befürchtungen, etwa vor dem Verlust von Selbstständigkeit oder vor den Fragen der Versorgung in Krankheit und Alter stehen allerdings im Empfinden Älterer stärker im Vordergrund als die Kriminalitätsfurcht (vgl. Wetzels et al. 1995).

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere ältere Menschen, die Opfer einer kriminellen Tat geworden sind, mit ihrer Opferbelastung allein gelassen werden und wenig soziale Unterstützung finden. Opferberatung und -unterstützung sind unzureichend. Das gilt etwa für das Opfer in seiner Rolle als Zeuge im Strafverfahren, in der es bisher nicht hinreichend anwaltlich unterstützt wird. Vor allem erscheinen auch die sonstigen institutionellen Opferhilfsangebote, insbesondere im Bereich innerfamiliärer Gewalt, unzureichend. Hier besteht nicht nur, aber besonders für den Bereich älterer Kriminalitätsopfer Handlungsbedarf für den Gesetzgeber insbesondere durch die mögliche Einrichtung von Opferhilfestellen (vgl. Wetzels et al. 1995: 274 ff.).

5.4.2 Relativ geringe Delinquenzbelastung Hochaltriger

Entgegen früheren Annahmen sind ältere Menschen als Täterinnen bzw. Täter von Straftaten deutlich unterrepräsentiert. Im Alter über 65 Jahre nehmen die strafrechtlichen Kriminalitätsbelastungszahlen stark ab. Der Anteil über 65-jähriger Menschen an der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 16 %. Nach der polizeilichen Kriminalstatistik stellt die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen nur 5,5 % aller Tatverdächtigen. Besonders niedrig ist der Anteil älterer Menschen an der Gewaltkriminalität. Bei den verurteilten Straftätern sind Siebzigjährige und Ältere insgesamt nur mit 0,85 % vertreten. von denen etwa die Hälfte auf Straftaten im Straßenverkehr und ein Viertel auf Diebstahl und Unterschlagung entfallen (s. hierzu auch Kapitel 4.4). Die Zahlen sind insoweit deutlich niedriger, als bei Jugendlichen.

Widerlegt scheint die These, dass ältere Männer im Bereich der Sittlichkeitsdelikte häufig auffällig werden. Noch Anfang des 20. Jahrhunderts sah man in vielen Fällen von Sittlichkeitsdelikten eine senile Demenz als Grund an. Die neuere Kriminalstatistik zeigt, dass nur 3,9 % der wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung Verurteilten 60 Jahre oder älter sind. Im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern liegt die Zahl der verurteilten Älteren bei 7 %. Demgegenüber sind 21 % der Verurteilten im Alter zwischen 21 und 30 Jahren. Abbausyndrome oder manifeste Demenzentwicklung stellen keine besonderen Risiken für Sexualkriminalität dar.

Die bisherigen Feststellungen führen insgesamt zu keinen Hinweisen, dass Demenzkrankheiten als ein bedeutsamer Risikofaktor für Delinquenz angesehen werden müssten (Rösler 2000). Aus der Praxis wird allerdings berichtet, dass es nicht selten zu Ermittlungsverfahren wegen körperlicher Auseinandersetzungen zwischen dementen Heimbewohnern kommt. Hintergrund dieser Ermittlungen sind vielfach Streitfragen um die Übernahmepflicht der aufgrund von Tätlichkeiten entstandenen Kosten der Krankenbehandlung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Haftpflichtversicherungen.

5.4.3 Kein besonderes Altenstrafrecht

Vielfach werden freilich bei alten Straftätern in Strafverfahren Probleme der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB übersehen. In Betracht kommen in erster Linie krankhafte seelische Störungen im Sinne von § 20 StGB, worunter alle somatisch bedingten psychischen Erkrankungen zu

verstehen sind (Schreiber 2000). Auch andere schwere seelische Störungen, also psychogen bedingte, insbesondere neurotische Störungen, kommen häufig in Betracht. Insbesondere bei einer persönlichkeitsfremd erscheinenden, erst im Alter auftretenden Delinquenz ist sorgsam zu prüfen, ob es sich etwa um demenzbedingte Kriminalität handelt. Demenz wird im Allgemeinen als krankhafte seelische Störung i. S. von §§ 20, 21 StGB verstanden, sofern sie Einsichts- oder Handlungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt.

Von der teilweise geforderten Einführung eines eigenständigen Altenstrafrechts sollte abgesehen werden. Einmal wäre die in Betracht kommende Personengruppe kaum hinreichend abzugrenzen. Weiter kann die Annahme grundsätzlich verminderter Verantwortlichkeit älterer Menschen nicht in Betracht kommen und würde eine verfehlte Stigmatisierung darstellen. Soweit altersbedingte Abbauerscheinungen in Betracht kommen, genügen die allgemeinen Regeln der Schuldunfähigkeit. Auch eine generelle Begutachtungspflicht für ältere Straftäter erscheint nicht angezeigt (Schramke 1996)

5.4.4 Probleme bei Strafzumessung und im Strafvollzug

Zu besonderen Problemen kommt es bei hochaltrigen Straftätern in der Strafzumessung und beim Strafvollzug. Hier müsste die besondere Strafempfindlichkeit Hochaltriger unter den regelmäßigen Verhältnissen des derzeitigen Strafvollzuges berücksichtigt werden. Beim vorherrschenden System von Taxenstrafen, das heißt primär an Unrechtsfolgen, etwa an der Schadenshöhe bemessenen Strafen müsste bei alten Straftätern das Verhältnis von Strafzeiten zur noch zu erwartenden Lebenszeit berücksichtigt werden. Weder Spezial- noch Generalprävention gebieten hier eine schematische Anwendung von Straftaxen. Zu denken ist auch bei schuldfähigen Tätern möglicherweise an eine besondere Art des Strafvollzuges, etwa an ein Festhalten im offenen Vollzug, im Heim statt im Gefängnis oder auch im Hausarrest. Darin läge keine ungerechtfertigte Privilegierung, sondern eher eine Rücksicht auf die besondere körperliche und psychische Situation älterer Menschen (Kreuzer & Hürlimann 1992).

5.5 Sozialrecht

5.5.1 Allgemeines

Die im Folgenden zu erörternden gesetzlichen Regelungen gehören dem Sozialleistungsrecht an. In diesem Zusammenhang geht es nicht nur um die individuellen Rechtsansprüche auf solche Leistungen, sondern auch um die Art und Weise ihrer Erbringung, zu der auch eine mögliche spezifische Abstimmung auf die Klientel der Hochaltrigen gehört. Schließlich ist zu erörtern die Existenz von institutionellen Vorkehrungen und Angeboten, in deren Rahmen Sozialleistungen erbracht werden. Sozialleistungsrechtlich von Bedeutung ist auch die Abstimmung verschiedener Sozialleistungen und ihrer Leistungserbringer bei komplexen medizinischen und sozialen Geschehen.

5.5.2 Keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen und Sozialleistungen für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger

Das Sozialrecht, hier verstanden als Sozialrecht des Sozialgesetzbuchs, kennt nur wenige Vorschriften und Leistungen, die erst ab einem bestimmten – höheren – Lebensalter vorgesehen sind. Dazu zählen die Renten wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 32 Abs. 2 SGB VI) und aus den anderen Alterssicherungssystemen. Für Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird ein Mehrbedarf von 20 % des maßgebenden Regelsatzes anerkannt, allerdings nur, wenn sie gehbehindert sind (§ 23 Abs. 1 Nr. 1 BSHG). Weiter rechnet hierzu die insbesondere als Beratungsleistung ausgestaltete Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 75 BSHG). Ab 1. Januar 2003 greift auch die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter. Diese erhalten Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben (§ 1 GsiG).[69]

Für hochaltrige Personen existieren keine Vorschriften, die auf Altersgrenzen etwa ab 80 oder ab 85 Jahren abstellen. Daraus kann geschlossen werden, dass für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen getroffen worden sind. Das Sozialrecht reagiert somit nicht explizit auf solche Lebenssituationen. Diese Feststellung erlaubt jedoch nicht den Gegenschluss, dass für Hochaltrige keine sozialrechtlichen Vorkehrungen vorhanden wären. Vielmehr ist festzuhalten, dass die gesamte Palette sozialrechtlicher Vorkehrungen von den Entgeltersatzleistungen der Rentenversicherung bis zu den Pflegeleistungen der Pflegeversicherung auch für hochaltrige Personen bereitgehalten wird.

Insgesamt kann gesagt werden, dass für das deutsche Sozialrecht, insbesondere für das Sozialleistungsrecht, das vorgerückte Lebensalter nur bei den Altersrenten, beim Mehrbedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie bei der Altenhilfe nach dem BSHG ein besonderes leistungsauslösendes Kriterium darstellt. Dies darf nicht als Defizit des deutschen Sozialrechts verbucht werden. Im Gegenteil: Das Abstellen auf Altersgrenzen kann nicht nur Leistungsberechtigung, sondern auch Leistungsausschluss bedeuten. Dabei kann der gesetzgeberischen Wahl einer bestimmten Altersgrenze immer etwas Willkürliches anhaften. Dies zeigt sich auch an der Diskussion um die Altersgrenzen für den Rentenbezug, deren Festlegung gerontologischen Gesichtspunkten eher widerspricht,[70]während arbeitsmarktpolitische und Finanzierungserwägungen stets im Vordergrund stehen. Auch in

[69] Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) – Art. 12 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz – AVmG) vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310).

[70] Es ist das Verdienst von Boecken 1998: B 54 f., diese gerontologische Erkenntnis einem größeren juristischen Fachpublikum eröffnet zu haben.

der Pflegeversicherung wäre eine Altersgrenze als zusätzliche leistungseröffnende Voraussetzung – etwa Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erst ab 65 Jahren – nur schwer und wenn, dann nur aus Finanzierungserwägungen heraus zu rechtfertigen gewesen.[71] Eine sachliche, aus der Lebens- und Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen rührende Begründung für eine solche Altersgrenze ist nicht gegeben. Alleine die Tatsache, dass bestimmte Sozialleistungen insbesondere von bestimmten Altersgruppen in Anspruch genommen werden, wie es bei den Pflegeleistungen der Fall ist, rechtfertigt unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten noch nicht den Ausschluss anderer Altersgruppen von Pflegeleistungen.

Das Fehlen eines Leistungskriteriums „Alter“ bzw. „hohes Alter“ für Sozialleistungen darf auch nicht missverstanden werden als ein Wegsehen des Sozialrechts vor den möglichen besonderen sozialen Problemen, die hochaltrige Personen haben. Vielmehr ist stets zu fragen, ob die vorhandenen Vorkehrungen und Leistungen so gestaltet sind, dass sie auch den besonderen Problemen hochaltriger Personen abhelfen können. Erst wenn dies nicht oder nicht mehr der Fall ist, muss die nächste Frage gestellt werden, ob eine sozialleistungsrechtlich relevante Hochaltrigenspezifik gegeben ist. So können sich z. B. bei der Versorgungssituation Hochaltriger mit demenziellen Erkrankungen solche Spezifika erweisen, die dann auch sozialleistungsrechtlich erfasst werden sollten. Bei näherer Betrachtung kann sich aber auch herausstellen, dass eine altersunspezifische Fassung einer entsprechenden Sozialleistungsnorm tunlicher wäre. So wird z. B. die entsprechende Abstimmung von Leistungsnormen der Pflegeversicherung auf die Situation demenziell Erkrankter zwar vor allem unter dem Gesichtspunkt der Hochaltrigenproblematik diskutiert. Von einer nur altersspezifischen Leistungsnorm war und ist jedoch nie die Rede.[72]

5.5.3 Leistungsarten und -prinzipien und ihre praktischen Auswirkungen[73]

Im Sozialleistungsrecht wird formal zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen unterschieden (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). Dienstleistung wäre etwa die Behandlung durch einen Arzt oder ein Krankenhaus, Sachleistung das Zurverfügungstellen eines Rollstuhls, Geldleistung die Zahlung eines Geldbetrags, etwa einer Rente oder eines Pflegegeldes.

Diese Einteilung von Sozialleistungen darf nicht verwechselt werden mit Leistungsprinzipien im Zusammenhang der Erbringung von Dienst- und Sachleistungen, also mit dem Kostenerstattungsprinzip und dem Sachleistungsprinzip. Beim Kostenerstattungsprinzip, das im deutschen Sozialrecht nur ausnahmsweise vorgesehen ist (vgl. § 13 SGB V, § 15 SGB IX), erstattet der Sozialleistungsträger dem Versicherten anhand einer Gebührenordnung oder einer anderen Festlegung des Leistungstarifs das Entgelt für in Anspruch genommene Leistungen, die der Versicherte bezahlt hat. Der Sozialleistungsträger steht mit dem Leistungserbringer, etwa einem Arzt, in keinerlei rechtlicher Verbindung. Beim Sachleistungsprinzip – dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschenden Leistungsprinzip (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V) – werden dem Versicherten die Leistungen direkt vom Sozialleistungsträger zur Verfügung gestellt. Der Sozialleistungsträger steht mit dem Leistungserbringer in rechtlichen Beziehungen. Im Rahmen dieser rechtlichen Beziehungen sind Regelungen für die Vergütung des Leistungserbringers vorgesehen. Ebenfalls werden im Rahmen dieser rechtlichen Beziehungen Bestimmungen über den Leistungsinhalt und über die Qualität der Leistungen getroffen. Diese – mittlerweile hochkomplexen – rechtlichen Beziehungen werden Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringungsrecht genannt (siehe etwa §§ 69 – 140h SGB V; §§ 69 – 81 SGB XI; §§ 93 ff. BSHG).

Für das Sachleistungsprinzip als Leistungsprinzip wird in der Regel das Argument vorgebracht, dass damit der Leistungsberechtigte der Sorge enthoben sei, den Leistungserbringer direkt für seine Leistungen entgelten zu müssen, und weiter, dass der Leistungsberechtigte darauf vertrauen könne, dass der Sozialleistungsträger nur den „richtigen“, d. h. den fachlich qualifizierten und qualitätsgesicherten Leistungserbringer zur Leistung verpflichtet habe.

Diese zunächst eher theoretisch anmutenden Erwägungen können für die Klientel der Hochaltrigen oder zumindest für einen Teil derselben eine besondere Bedeutung erlangen:

– Unter dem Gesichtspunkt des fehlenden Kundenstatus: Die gesetzlich gewollte Vermarktlichung der Leistungserbringung insbesondere auf dem Gebiet der Pflege setzt voraus, dass die Marktteilnehmer, hier also die Versicherten, sich als solche gerieren können, d. h. dass sie in der Lage sein müssen, ihre Kunden- und Verbraucherrolle zu sehen und zu übernehmen. Dies setzt die Fähigkeit voraus, sich über die Marktsituation informieren und eine entsprechende Auswahl treffen zu können. Für Angebote an Pflegeleistungen sollen Preisvergleichslisten helfen, die Auswahl zu erleichtern (§ 72 Abs. 5 SGB XI). Bei demenzkranken Personen, aber auch bei Personen mit anderen Einschränkungen, kann aber trotz dieser Hilfe die Fähigkeit zur Auswahl eingeschränkt oder nicht vorhanden sein.

– Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung: Bei der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips besteht auch eine (Mit-)Verantwortlichkeit des Sozialleistungsträgers, dass die Dienstleistung qualitätsgesichert ist. Genau genommen darf der Sozialleistungsträger nur eine qualitätsgesicherte

---

[71] Dies wurde in einem Gemeinsamen Vorschlag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 12. Januar 1983 angeregt, siehe Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände et al. 1983. Gesetzesvorschläge zur Sicherung im Pflegefall aus Rheinland-Pfalz (1985), Bundesrat Drucksache 137/86, und aus Bayern (1985), Bundesrat Drucksache 138/86, sahen ebenfalls eine Beschränkung auf ältere Menschen vor.

[72] Siehe dazu unten Abschnitt 5.5.5.3.3. zu den geplanten Maßnahmen im Zusammenhang des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes.

[73] Zu diesem Problemkreis siehe schon Dritter Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 269.

Dienstleistung zur Verfügung stellen, denn nur die qualitätsadäquate Leistung ist die vom Leistungserbringer geschuldete Leistung.

– Unter dem Gesichtspunkt der bürokratischen Bewältigung und der Rechtsdurchsetzung: Aufgrund des Sachleistungsprinzips entfällt für den Leistungsberechtigten die Notwendigkeit, sich mit Kostenerstattungsregularien zu befassen. Bekanntlich sind Kostenerstattungsregelungen hochbürokratisiert. Schon ein Blick in die entsprechenden Vordrucke z. B. der Beihilfestellen belegt dies. Insbesondere für ehemalige Angehörige des öffentlichen Dienstes kann wegen der meist doppelten Kostenerstattungsverantwortung – Anstellungskörperschaft und privates Versicherungsunternehmen – ein für den Hochaltrigen schon für den Normalfall einer Kostenerstattung unübersichtlicher Papierkrieg entstehen. Bei komplexeren Sachverhalten, z. B. bei Multimorbidität oder bei komplexen Leistungsgemengen (Akutbehandlung, Rehabilitation, häusliche Krankenpflege und pflegerische Versorgung) ist häufig und gerade auch angesichts des Krankheitszustandes des Versicherten eine Bewältigungsmöglichkeit nicht mehr gegeben. Im Konfliktfall, sofern dieser angesichts möglicherweise reduzierter Konfliktartikulationspotenziale beim Versicherten überhaupt eintritt, sind diese Probleme kaum mehr zu bewältigen.[74] Solche Konflikte treten angesichts der Tatsache, dass die staatlichen Gebührenordnungen von den Leistungserbringern nicht mehr ausschließlich als Grundlage für die Bestimmung der Vergütung der Leistungen verwendet werden, immer häufiger auf. Insbesondere aus dem zahnärztlichen Bereich sind diese Erscheinungen bekannt geworden. Dies gilt aber auch für fehlerhafte Abrechnungen anderer Leistungserbringer. Wo schon die mit durchschnittlicher Alltagskompetenz versehene Person Probleme der Nachvollziehbarkeit von ärztlichen oder sonstigen Honorarabrechnungen hat, können sich diese Problem bei fragilen hochaltrigen Personen verschärfen.

Diese Gesichtspunkte, die schon generell für das Sachleistungsprinzip sprechen, sind im Zusammenhang von Gesundheitsdienstleistungen für hochaltrige Personen besonders bedeutsam. Das Sachleistungsprinzip vermag zwar bei der Auswahl des Leistungserbringers einen mangelnden Kundenstatus nicht völlig zu kompensieren. In ihm kommt aber die erhöhte Verantwortlichkeit des Sozialleistungsträgers für die adäquate Leistungsgewährung zum Ausdruck. Dieser Gedanke kann aber auch für die Auswahl des richtigen und für die persönlichen Bedürfnisse geeigneten Leistungserbringers herangezogen werden. Der Personenkreis der Hochaltrigen ist häufig nicht in der Lage, sich als valider Marktteilnehmer zu gerieren und die Rolle des informierten und auf der Basis von entsprechenden Informationen unter den Angeboten an Gesundheitsleistungen auswählenden Kunden zu übernehmen. Zu beachten ist auch, dass der Personenkreis, der heute hochaltrig ist, erst sehr spät mit Vermarktlichungsphänomenen im Gesundheitswesen konfrontiert worden ist. Nimmt man die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 als erstes Datum für eine solche Vermarktlichung, so war dieser Personenkreis zum damaligen Zeitpunkt zwischen 70 und 75 Jahre alt. Dies stellt ein relativ fortgeschrittenes Alter dar, um sich mit Erscheinungen auseinander zu setzen, die für alle Bürgerinnen und Bürger neuartig sind, und die die Einübung neuer und zum Teil schwieriger Routinen erforderlich machen. Unabhängig vom Kriterium des hohen Alters sind Personen mit Behinderungen, insbesondere mit geistigen Beeinträchtigungen, in besonderem Maße darauf angewiesen, dass Gesundheitsdienstleistungen für sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips bereitgestellt werden.

Daneben ist auf das Problem der Rechtsdurchsetzung bei Abrechnung von Gesundheitsleistungen außerhalb des Sachleistungsprinzips hinzuweisen. Die privat versicherte Patientin erfährt zwar in der Regel von ihrem Versicherungsunternehmen, ob eine Leistung nach dem Versicherungstarifwerk erstattungsfähig ist. Dieses Tarifwerk nimmt wiederum häufig auf die staatlichen Gebührenordnungen Bezug, so dass über die Erstattungsfähigkeit einer Leistung nach Versicherungstarif auch Hinweise auf die korrekte Rechnungstellung gewonnen werden können. Das Versicherungsunternehmen gewährt dem Patienten jedoch keine Rechtsauskunft über die Richtigkeit der Rechnungstellung selbst.

5.5.4 Bereitstellungsverantwortung und Sicherstellungsauftrag

Ein weiterer zunächst eher theoretisch anmutender Themenkomplex erlangt für den Personenkreis der Hochaltrigen besondere Bedeutung: das Bereitstellen und Zugänglichmachen entsprechender sozialer und medizinischer Dienste und Einrichtungen. Gerade wenn es sich erweisen sollte, dass Hochaltrige besonderer Dienste und Einrichtungen bedürfen, stellt sich die Frage, wer hierfür die Verantwortung für Bereitstellung und Schaffung des Zugangs trägt.[75]

Die Bereitstellung von sozialen und medizinischen Diensten und Einrichtungen bedeutet das Vorhalten einer entsprechenden Versorgungsstruktur, die qualitativ und quantitativ, auch in der regionalen Verteilung, ausreichend sein muss. Sicherstellung bedeutet, dass die leistungsberechtigten Personen ihre Sozialleistungen erhalten. Die Sicherstellung setzt also die Bereitstellung voraus. Sie besteht daher im Wesentlichen darin, mit der bestehenden Versorgungsstruktur die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen, damit die Leistungsberechtigten die ihnen zustehenden Leistungen erhalten können. Adressaten der Bereitstellungsverantwortung sind in der Regel Länder, Kommunen, Sozialleistungsträger und – aber nur selten – der Bund, während Adressaten der

[74] Zenz (2000: 507) weist eindringlich auf die allgemeine Problematik des Rechtsschutzes für ältere Menschen hin.

[75] Eine besondere Bereitstellungsverantwortung der Länder und Kommunen soll nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz für niedrigschwellige Angebote der Dementenbetreuung gegeben sein, siehe unten Kapitel 5.5.5.3.3., Abschnitt: Neue Infrastrukturen.

Sicherstellungsverantwortung nach dem SGB in der Regel die Sozialleistungsträger sind.[76]

Zunächst ist zur Begriffsklärung zu sagen, dass zwar der Begriff der Sicherstellung als Rechtsbegriff in den einschlägigen Gesetzen eingeführt ist, während der Begriff der Bereitstellungsverantwortung zwar teilweise in der rechtswissenschaftlichen Literatur Verwendung findet, nicht jedoch in den Gesetzen. Die Verantwortung für die Sicherstellung bezieht sich auf die Dienstleistungen selbst (vgl. § 12 Abs. 1 SGB XI, § 72 Abs. 1 SGB V), während die Verantwortung für die Bereitstellung die Verantwortung für die Vorhaltung der Infrastruktur meint (vgl. § 9 Satz 1 SGB XI). So sind die Länder in der Pflegeversicherung für die Bereitstellung der pflegerischen Infrastruktur verantwortlich, wobei noch nicht vollständig geklärt ist, ob diese Verantwortung nicht den Kommunen im Rahmen des Daseinsvorsorgeauftrags zukommt.[77] Auf dem Gebiet der Krankenhausversorgung sind ebenfalls die Länder für die Bereitstellung verantwortlich. Dies wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und in den Krankenhausgesetzen der Länder deutlich. Im Übrigen liegt ein Element der Bereitstellungsverantwortung sehr gemindert in der Form der Hinwirkungsverantwortung in der Pflicht der jeweiligen Sozialleistungsträger (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Trotzdem ist zu beachten, dass es keine genuine oder primäre Bereitstellungsverantwortung der Sozialleistungsträger gibt. Vielmehr muss diese jeweils gesetzlich unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung geschaffen werden. Die Länder und insbesondere die Kommunen können jedoch aufgrund der bundesstaatlichen Ordnung und aufgrund der kommunalen Selbstverwaltungshoheit und –verantwortung ohne besondere weitere gesetzliche Pflichtübertragung bereitstellungsverantwortlich sein. Dies gilt auch etwa dann, wenn es um koordinierende Dienste auf dem Gebiet der Altenhilfe geht.[78]

5.5.5 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

5.5.5.1 Leistungen

Das Leistungsprogramm der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)[79] zeichnet sich – im Gegensatz zum Leistungsprogramm der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) – durch seinen stark geschlossenen Charakter aus. Geschlossenheit des Leistungsprogramms bedeutet, dass das Leistungsprogramm des SGB XI begrenzt und gesetzlich sehr detailliert ausgestaltet worden ist. Schon der leistungseröffnende Begriff der Pflegebedürftigkeit ist – auch im Verhältnis zum früheren Recht, insbes. zum Sozialhilferecht – exakt inhaltlich begrenzt (§ 14 SGB XI). Gleiches gilt für die Leistungen selbst, bei denen genau vorgegeben ist, welche Hilfen (§ 14 Abs. 3 und 4 SGB XI) an welchen Orten (häuslich – teilstationär – vollstationär) gegeben werden. Auch die Leistungszuweisung selbst ist gesetzlich genau bestimmt: Die Begutachtung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen (§ 18 SGB XI). Die Pflegekasse ist als Verwaltungsträger für den Erlass der entsprechenden Verwaltungsakte zuständig. Für die Erfolgskontrolle i. S. der Qualitätssicherung ist ein besonderes Verfahren vorgesehen, vgl. § 80 SGB XI, das mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz[80] verfeinert worden ist. Schließlich sind auch die Leistungen selbst durch Einführung von Höchstbeträgen begrenzt (vgl. §§ 36 Abs. 2, 37 Abs. 1, 43 Abs. 5 SGB XI). Allerdings kann die Sozialhilfe diese Leistungen aufstocken, was beim Leistungsempfänger jedoch Bedürftigkeit im sozialhilferechtlichen Sinn voraussetzt.[81]

Wegen dieses geschlossenen Leistungsprogramms ist es in der Pflegeversicherung nur sehr schwer möglich, die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungen extensiv zu interpretieren. Aus diesem Grund sah sich das Bundessozialgericht in seinen Entscheidungen vom Februar 1998[82] zu einer engen Auslegung der gesetzlichen Begriffsmerkmale der Pflegebedürftigkeit genötigt. Für Leistungsausweitungen wird angesichts dieses eng begrenzten Leistungsprogramms daher stets der Gesetzgeber zu bemühen sein.

5.5.5.1.1 Problematik des Begriffs und der Bemessung der Pflegebedürftigkeit

Die Kritik, die am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI insbesondere seitens der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Praxis vorgebracht wird, bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte:

– Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit steht einer umfassenden pflegerischen Versorgung[83]im Wege.

– Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit des Begriffs führt zu Sicherungsausfällen insbesondere bei der Betreuung von Personen mit demenziellen Erkrankungen und insgesamt bei Menschen mit chronischen Erkrankungen.

– Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu sehr an der Mobilität und zu wenig an der Kognitivität orientiert.

– Das Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und das Verhältnis zur Behandlungspflege ist teilweise unklar und steht ebenfalls einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.

---

[76] Zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen siehe § 75 SGB V.

[77] Zu dieser Frage SG Speyer, Urt. v. 26. 5. 1998 – S 13 P 63/97, PflR 1999, Heft 4, S. 76ff., und Urt. des LSG Rheinland-Pfalz v. 19. 8. 1999 – L 5 P 33/98, RsDE 45, S. 75 ff. S. jetzt BSG, Urt. v. 26. Juli 2001 (Az. B 3 P 9/00 R).

[78] Das Thema ist rechtlich insgesamt wenig erschlossen, siehe hierzu aber Stober (1997: 599 ff., 603 ff.). Informativ die verschiedenen Beiträge mit Beispielen aus der kommunalen Ebene in Igl et al. 1995. Zur rechtlichen Situation siehe auch Igl 1995: 392 ff.

[79] Letzte wichtige Änderungen durch das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) sowie durch das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflege-Leistungsergänzungsgesetz – PflEG) vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728).

[80] Siehe Anm. 4.6.

[81] BVerwG NJW 2000, S. 3512 f. = PKR 2000, S. 108-112 mit Anm. Welti.

[82] BSGE 82, 97. Hierzu der Besprechungsaufsatz von Igl 1999b.

[83] Der Begriff der ganzheitlichen pflegerischen Versorgung wird hier vermieden; siehe zur Debatte Bartholomeyczik Kapitel 4.6.4.

Zu dieser Kritik ist zu sagen, dass sie in der Sache und unter pflegewissenschaftlichen und pflegerischen Aspekten wohl zutreffend ist. Zu den einzelnen Gesichtspunkten ist Folgendes auszuführen:

– Der Aspekt der umfassenden pflegerischen Versorgung und Betreuung ist rechtlich bislang nur in der stationären Versorgung – im Krankenhaus wie in der Pflegeeinrichtung gewährleistet. Im Krankenhaus wird umfassende medizinische und pflegerische Betreuung geleistet (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V); im Pflegeheim umfasst der Leistungskatalog auch die medizinische Behandlungspflege[84] (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). In der häuslichen Versorgung ist Behandlungspflege nur im Rahmen der häuslichen Krankenpflege möglich (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB XI; § 37 SGB V). Damit ergeben sich bei der häuslichen pflegerischen Versorgung unterschiedliche Kostenträgerschaften, die sich aber angesichts der organisatorischen Nähe von Pflege- und Krankenkassen nicht besonders negativ auswirken dürften (vgl. § 46 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Anderes gilt für mögliche unterschiedlichen Finanzierungs- und Leistungserbringungsweisen. Während bei der häuslichen Pflege nach SGB XI weiterhin nach so genannten Leistungskomplexen abgerechnet wird, gilt für die häusliche Krankenpflege ein Einzelleistungskatalog.[85] Dies kann sich negativ für eine alle Aspekte umfassende pflegerische Versorgung auswirken.

– Der enge Verrichtungskatalog des SGB XI (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI) führt dazu, dass bestimmte Tätigkeiten, die mit der Begleitung und Betreuung gerade demenziell erkrankter oder auch chronisch erkrankter Personen außerhalb des Leistungskataloges bleiben, obwohl diese Tätigkeiten ähnlich zeitintensiv sein können wie die gesetzlich aufgeführten pflegerischen Verrichtungen. Vor allem kann eine solche Begleitung und Betreuung auch die Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder den Verzicht auf eine solche durch die betreuende Person bedingen. Abhilfe kann hier nur eine Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen in § 14 SGB XI schaffen.

– Wird im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Behandlungspflege durch im Haushalt des Kranken lebende Personen durchgeführt, so besteht kein Anspruch auf die Sachleistung der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 4 SGB V). Dies gilt etwa auch für die Medikamentengabe.[86]

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI setzen erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit ein (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Dafür ist es notwendig, dass eine Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt (= Pflegestufe I) (§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Für Hilfen unter dieser Erheblichkeitsschwelle sind Leistungen nach dem BSHG möglich (sog. Pflegestufe 0) (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG). Hilfe zur Pflege nach dem BSHG wird auch für Verrichtungen geleistet, wenn für andere Verrichtungen als nach § 14 Abs. 4 SGB XI Hilfebedarf besteht (§ 68 Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 BSHG). Die Leistungen nach dem BSHG sind allerdings vom Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens sowie das des Ehegatten und der Kinder abhängig.

Aus diesem Grund erhalten Personen mit einem Betreuungsbedarf, der in reiner Beaufsichtigung außerhalb des Zusammenhangs dieser Verrichtungen besteht, keine Pflegeleistungen. Diese Situation ändert sich jedoch mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz.[87]

5.5.5.1.2 Geriatrische Rehabilitation – Rehabilitation vor Pflege

Obwohl der Begriff der geriatrischen Rehabilitation kein juristischer Begriff ist, wird er im Zusammenhang mit der von den Krankenkassen zu erbringenden medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V) häufig so verwendet, wenn die Rehabilitationsmaßnahmen ältere Menschen im Zusammenhang der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit betreffen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen sind also, wie auch die sonstigen Leistungen der Krankenkassen, nicht an ein bestimmtes Alter gebunden.

Der im SGB XI postulierte Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation vor Pflege ist rechtlich wenig durchsetzungskräftig gestaltet. Mit den Neuregelungen im Zusammenhang der Einführung des SGB IX, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist,[88] ist hier teilweise Abhilfe geschaffen worden, indem die Pflegekassen jetzt gesetzlich verpflichtet werden, bei Gefährdung der sofortigen Einleitung der Leistungen vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen (§ 32 Abs. 1 SGB XI). Bei der Vorgängerregelung hat es sich noch um eine Kann-Vorschrift gehandelt. Präzisiert worden ist auch die Verpflichtung des MDK, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit die vorrangigen Rehabilitationsmöglichkeiten zu prüfen (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Trotz dieser Verstärkungen des Anliegens, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig vor Pflegeleistungen zu ergreifen, besteht nach wie vor kein gesetzlicher Auftrag, dass die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erst ausgeschöpft worden sein müssen, bevor es zu Pflegeleistungen kommt. Außerdem wird im Pflegeversicherungsrecht von dem in § 8 Abs. 2 SGB IX allgemein zum Ausdruck kommenden Grundsatz abgewichen, dass der Träger für die Rehabilitationsleistungen auch der Träger für diejenigen Leistungen ist, die dann zu gewähren sind, wenn die Rehabilitation nur unzureichend war oder

[84] Die medizinische Behandlungspflege wird nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (siehe Anm. 46) vom 1. Januar 2005 an definitiv von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, vgl. § 43b SGB XI. Die bisherige Regelung wird um drei Jahre bis zum 31. Dezember 2004 verlängert, §§ 41 Abs. 2, 43 Abs. 5 SGB XI.

[85] Siehe dazu die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege (Anm. 63).

[86] BSGE 82, 97 sowie der Besprechungsaufsatz von Igl (wie Anm. 50).

[87] Siehe unten Abschnitt 5.5.5.3.

[88] Siehe zu diesem Gesetz Abschnitt 5.5.8.

nicht zum Erfolg geführt hat. So dienen die Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) dazu, den Eintritt einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit und damit die Verrentung zu verhindern (vgl. § 9 Abs. 1 SGB VI). Der Rehabilitationsträger hat dort also auch ein finanzielles Interesse daran, die Versicherten zu rehabilitieren. Da die Krankenkassen als Rehabilitationsträger nicht für die Pflegeleistungen zuständig sind, sich eine „Ersparnis“ bei erfolgreich durchgeführter Rehabilitation also nicht bei ihnen, sondern bei den finanziell getrennt verwalteten Pflegekassen niederschlägt, fehlt bei den Krankenkassen ein entsprechender finanzieller Anreiz. Eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung, wie sie in einem Gutachten von IGES, Igl & Wasem (2001: 15 ff.) befürwortet wird, könnte hier Abhilfe schaffen.

5.5.5.1.3 Begutachtungsprobleme in Hinblick auf den Vorrang der Rehabilitation

Dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kommt bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit auch eine wichtige Rolle bei der Feststellung der Rehabilitationsmöglichkeiten und damit der Gewährleistung des Vorrangs von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI) zu (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI i. d. F. des SGB IX):

„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.“

Mit dem SGB IX ist ein weiterer Absatz in die Begutachtungsvorschrift eingefügt worden (§ 18 Abs. 3 – neu – SGB XI):

„Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung im Krankenhaus erforderlich ist, ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.“

Nach den vorliegenden Untersuchungen[89] werden die Rehabilitationsmöglichkeiten schon bei der Begutachtung nicht hinreichend ausgeschöpft. Dies gelte insbesondere für die ambulante Rehabilitation. Damit wird der gesetzliche Auftrag zum Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege bereits auf der Ebene der Begutachtung missachtet.

Rechtliche Möglichkeiten, den MDK zu einer adäquaten Berücksichtigung der Rehabilitationspotenziale zu motivieren, können wirksam nur darin gesehen werden, dass der leistungsrechtliche Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation vor der Pflege verfestigt wird.[90]

5.5.5.1.4 Ausstattung des Wohnumfeldes

Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 5 000 DM (2 556 Euro) je Maßnahme nicht übersteigen (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Weiter haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Die Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen lagen 1999 bei 0,83 Milliarden DM (0,42 Milliarden Euro). Dieser Betrag liegt unter den gesamten Verwaltungsausgaben der Pflegeversicherung (1999: 1,08 Milliarden DM (0,55 Milliarden Euro)). Der prozentuale Anteil der Leistungsausgaben für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen liegt gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 1999 in Höhe von 31,98 Milliarden DM (16,35 Euro) bei 2,6 % (Deutscher Bundestag 2001: 84, Anlage 3).

Die Vorschrift des § 40 Abs. 4 SGB XI erlangt im Kontext der tatsächlichen Wohnsituation auch hochaltriger Menschen besondere Bedeutung. Die Möglichkeit, Hilfe und Pflege durch andere Personen in Anspruch zu nehmen, sind nicht selten an die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und die Ausstattung der Wohnung, insbesondere auch der sanitären Anlagen, gebunden. Damit stellen die Wohnbedingungen im Falle von Mobilitätsbeschränkungen oder Pflegebedürftigkeit im hohen Alter wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung dar.[91]

Es existieren gegenwärtig keine Befunde darüber, ob die von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Beträge ausreichend sind, um dem Bedarf abzuhelfen. Als problematisch erweist sich, dass die Pflegehilfsmittel und die technischen Hilfen erst gewährt werden, wenn bei einer Person Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI, also erhebliche Pflegebedürftigkeit, vorliegt. Im Sinne präventiven Handelns läge es aber, schon vorher das Wohnumfeld entsprechend zu gestalten. Weiter wären einzubeziehen die ökonomischen Erkenntnisse, wonach sich die

[89] Siehe hierzu eingehend Lürken 2001.

[90] Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.1.2.

[91] Siehe hierzu im Einzelnen Kapitel 3.7.

Ausgaben in Haushalten mit 85-jährigen und älteren verwitweten Frauen beim Wohnen, der Wohnungsinstandhaltung und bei der Haushaltsenergie verstärken und bei annähernd 40 % liegen (Fachinger 2001b: 7).

5.5.5.1.5 Akzeptanzprobleme bei der Tagespflege

Die Leistung der Tagespflege (§ 41 SGB XI) stellt eine wichtige Form der Versorgung bei Personen mit demenziellen Erkrankungen dar. Aus der Praxis wird berichtet, dass diese Leistung manchmal dann nicht in Anspruch genommen wird, wenn das Entgelt für die Tagespflege die Leistungsgrenzen des SGB XI übersteigt.[92] Auch soll die Anrechnung des Pflegegeldes, das bei häuslicher Pflege gewährt wird, auf die Leistung der Tagespflege teilweise dazu führen, dass Tagespflege nicht in Anspruch genommen wird.

5.5.5.2. Leistungserbringung

Die Akteure bei der ambulanten pflegerischen Versorgung sind in der Regel Pflegekräfte, die Hausärztin bzw. der Hausarzt, Krankengymnastinnen und -gymnasten sowie Angehörige und/oder sonstige informelle Helferinnen und Helfer. In der stationären pflegerischen Versorgung reduziert sich meist der Interventionsanteil der Angehörigen und sonstigen Helferinnen und Helfer. Bisher existieren keine gesetzlich vorgesehenen oder sonst institutionell verankerten Stellen oder auch nur verpflichtende Verantwortungszuschreibungen zur Koordinierung der verschiedenen Akteure. Aus diesem Grund bleibt jede notwendige Koordination eine freiwillige (Meier-Baumgartner, H.P. & Dapp 2001). Fehlt es an dieser Koordination, können Verantwortlichkeiten hierfür nicht sanktioniert werden. Diese mangelnde Koordination ist ein typisches Manko des deutschen Sozialleistungssystems. Erst in einem jüngeren Gesetz, so im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, wird dem Koordinationsanliegen Rechnung getragen (s. a. Abschnitt 5.5.8).

5.5.5.3 Hilfe für Personen mit allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell erkrankte Personen

5.5.5.3.1 Zum betroffenen Personenkreis

Gemeinhin wird bezüglich des Personenkreises der demenziell Erkrankten das Problem vorgebracht, dass sie einen Hilfebedarf haben, der über den Leistungsrahmen des SGB XI hinausgeht. Es empfiehlt sich jedoch aus drei Gründen, diese Problematik nicht an einem bestimmten Krankheitsbild festzumachen, sondern am Hilfebedarf: 1. knüpft die begriffliche Systematik des § 14 SGB XI für die Bestimmung des Hilfebedarfs nicht an bestimmte Krankheiten an; 2. treten demenzielle Erkrankungen in unterschiedlicher Intensität auf, so dass nicht automatisch jede demenzielle Erkrankung auch schon einen weitergehenden Hilfebedarf hervorruft; 3. können auch andere Erkrankungen z. B. gerontopsychiatrischer Art einen besonderen Hilfebedarf bedingen.

5.5.5.3.2 Begrenzte Möglichkeiten im bisherigen rechtlichen Rahmen des SGB XI

Bei Personen mit allgemeinem Hilfebedarf existieren typischerweise besondere Probleme bei der pflegerischen Versorgung und Betreuung im Rahmen des SGB XI. Diese Probleme ergeben sich auf der Ebene des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, auf der Ebene der daran anknüpfenden Hilfen in qualitativer wie quantitativer Hinsicht, aber auch auf der Ebene der Bereithaltung einer entsprechenden Infrastruktur und des Ineinandergreifens verschiedener Hilfen. Damit ist die leistungsrechtliche wie die leistungserbringungsrechtliche Ebene angesprochen.[93]

Auf der Ebene des im SGB XI verwendeten Begriffs der Pflegebedürftigkeit geht es vor allem um die enge Verrichtungsbezogenheit (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI). Auf der Ebene der Leistungen werden die fehlenden Hilfen für allgemeine Betreuung insbesondere in Form der reinen Beaufsichtigung, aber auch die mangelnd anerkannte zeitliche Intensität der Betreuung beklagt. Nach der Konzeption der Pflegeversicherung zählen zwar auch die Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu berücksichtigenden Hilfeleistungen, soweit sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebedarf bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Auf der Ebene der Leistungserbringung geht es vor allem um besondere Betreuungsangebote, die bisher nicht oder nur selten Gegenstand des infrastrukturellen Versorgungsangebotes sind.

5.5.5.3.3 Jüngste Reformen im Pflege-leistungs-Ergänzungsgesetz

Allgemeines

Im Rahmen eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf soll den Belangen von Personen mit besonderem allgemeinen Betreuungsbedarf gerade in der besonders problematischen häuslichen Situation Rechnung getragen werden.[94]

Im Leistungsrecht des Gesetzes ist ein Bündel an Maßnahmen vorgesehen, das mit dem Aufbau von Infrastruktur vor Ort verknüpft ist. Leistungserbringungsrechtlich sollen in Kooperation aller Beteiligten (vgl. § 8 Abs. 3 SGB XI), auch von Ländern und Kommunen, die Versorgungsangebote weiterentwickelt und insbesondere niedrigschwellige Betreuungsangebote geschaffen werden.

[92] Diese betragen in der Pflegestufe I 750 DM (384 Euro), in der Pflegestufe II 1.800 DM (920 Euro) und in der Pflegestufe III 2.800 DM (1 432 Euro), § 41 Abs. 2 SGB XI.

[93] Siehe dazu schon Abschnitte 5.5.5.1 und 5.5.5.2.

[94] Siehe Anm. 46.

Berechtigter Personenkreis

Der berechtigte Personenkreis ist wie folgt definiert (§ 45a SGB XI):

Es muss sich um Pflegebedürftige in häuslicher Pflege handeln, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Leistungen

Im Rahmen des Leistungsrechts sollen den Pflegebedürftigen als zusätzliche Betreuungsleistungen Beträge von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt werden (§ 45b SGB XI). Damit können Leistungen in Anspruch genommen werden, die zunächst selbst zu bezahlen sind und für die eine begrenzte Kostenerstattung durch den Pflegekassenzuschuss gewährt wird. Die Erstattung von Aufwendungen kommt für bestimmte Leistungen in Betracht, wie die Tages- oder Nacht- und die Kurzzeitpflege. Darüber hinaus können im Rahmen dieser Neuregelungen zugelassene Pflegedienste für Leistungen in Anspruch genommen werden, die außerhalb des Leistungskatalogs von § 36 SGB XI stehen. Dies gilt für Leistungen, die sich nicht auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beziehen, sondern auf allgemeine Anleitung und Betreuung. Hinzu kommen niedrigschwellige Betreuungsangebote. Weiter sollen die Pflegeeinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erweitert werden (§ 37 Abs. 3 SGB XI).

Neue Infrastrukturen

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:

– Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt durch oder kombiniert mit der Förderung von Modellprojekten.

Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro jährlich finanziert. Dadurch soll in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Betreuungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige, geschaffen werden (§ 45c SGB XI).

Da dem Bund keine Gesetzgebungskompetenz für die Verpflichtung der Länder und Kommunen zur Förderung der pflegerischen Infrastruktur zusteht, kann mit diesen Regelungen auch keine verpflichtende Mitfinanzierung der Länder und/oder Kommunen eingefordert werden. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz setzt aber auf die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, insbesondere der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch eine Fehlbedarfsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit zehn Mio. Euro jährlich gefördert werden sollen (§ 45c Abs. 2 SGB XI). Voraussetzung ist allerdings, dass Länder und Kommunen sich an der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und entsprechenden Modellvorhaben beteiligen. Es können auch Modellvorhaben außerhalb der üblichen Versorgungs- und Vergütungsverträge die Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern regeln.

Damit wird der Weg für integrierte und vernetzte Versorgungsangebote eröffnet, die neue Optionen für die Begleitung von Demenzkranken schaffen können. Träger-, aber auch berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote und -strukturen könnten auf diese Weise entwickelt

werden. Richtig erscheint es auch, dass der Entwicklung von Infrastrukturen auf regionaler Ebene besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, da sich weniger einzelfallbezogen, als vielmehr lokal- und regionalbezogen neue Formen der Versorgung etablieren können.

5.5.5.4 Zusammenfassung

Die Pflegeversicherung (SGB XI) stellt für den Personenkreis der Hochaltrigen einen wichtigen Bestandteil ihres sozialen Schutzes dar. Dennoch kann nicht übersehen werden, dass die Pflegeversicherung aufgrund ihrer gesetzlichen Anlage gerade in Hinblick auf die Belange dieses Personenkreises keinen auch nur annähernd vollständigen Schutz bietet. Der vor allem verrichtungsorientierte Begriff der Pflegebedürftigkeit, aber auch die summenmäßige Beschränkung der Pflegeleistungen stehen trotz der ergänzenden, jedoch bedürftigkeitsabhängigen Sozialhilfeleistungen einer umfassenderen Schutzversehung entgegen. Die Leistungen zur entsprechenden Ausstattung des Wohnumfeldes, mit denen ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung der bisherigen Häuslichkeit geboten werden kann, werden erst bei Vorliegen der Pflegestufe I gewährt und können so oft erst zu spät greifen.

Problematisch erweist sich auch die weithin fehlende Realisierung des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege. Damit fällt die für den Personenkreis der Hochaltrigen zentrale – in der Leistungskompetenz der gesetzlichen Krankenversicherung stehende – geriatrische Rehabilitation praktisch meist aus. Probleme der Inanspruchnahme sind bei der Tagespflege zu verzeichnen, wobei hier im Einzelnen noch Unklarheit besteht, worauf die Hindernisse in der Inanspruchnahme beruhen. Angesichts der behandlungsdauerverkürzenden Effekte der Tagespflege kann hier Handlungsbedarf im Sinne einer Verbesserung der leistungsrechtlichen Zugangsmöglichkeiten gegeben sein.

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz kann für den Personenkreis mit allgemeinem Betreuungsbedarf grundsätzlich Erleichterungen bringen. Problematisch ist aber auch hier die geringe finanzielle Ausstattung der Leistungen.[95] Schließlich ist auch noch nicht abzusehen, ob und wie die in diesem Gesetz vorgesehenen infrastrukturellen Vorkehrungen in Form von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten ins Werk gesetzt werden können.

Die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz verfolgte Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen vollzieht sich nicht im Rahmen einer allgemeinen Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI, sondern wird im Rahmen der Erweiterung des Leistungskatalogs für eine bestimmte Personengruppe vorgenommen. Damit bleibt der enge Begriff der Pflegebedürftigkeit bestehen. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz hätte jedoch die Chance genutzt werden können, ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung von einem weiten leistungsauslösendem Tatbestand – dort der Krankheit – auszugehen und die aus fiskalischen Gründen als erforderlich erachteten Leistungsbegrenzungen erst im Leistungsrecht und nicht schon in der Definition des leistungsauslösenden Risikos vorzunehmen. Damit würde auch deutlich werden, dass unter Pflegebedürftigkeit mehr zu verstehen ist als jetzt in § 14 SGB XI niedergelegt ist.

5.5.6 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

5.5.6.1 Leistungsrecht

5.5.6.1.1 Häusliche Krankenpflege

Leistungen der häuslichen Krankenpflege existieren in Form der Krankenhausvermeidungspflege und der Sicherungspflege (= Sicherung der ärztlichen Behandlung), § 37 Abs. 1 und 2 SGB V.[96] Diese Leistungen haben – auch im Zusammenhang mit den Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI in letzter Zeit zu wichtigen Urteilen des BSG Anlass gegeben. Problematisch war dabei die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege und vor allem der auch pflegewissenschaftlich umstrittene Inhalt des letzteren Begriffs.[97] Häusliche Krankenpflege kann ausgeschlossen sein, wenn die Voraussetzungen der Angehörigenpflege im Haushalt vorliegen (§ 37 Abs. 3 SGB V). Diese Vorschrift knüpft an die familienrechtlichen Fürsorge- und Unterhaltspflichten an, erweitert diese aber nicht. Voraussetzung des Ausschlusstatbestandes ist auch, dass die Hilfe tatsächlich geleistet wird, nicht nur geleistet werden könnte.

5.5.6.1.2 Soziotherapie

Eine besondere Leistung wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt: Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (§ 37a SGB V).

In einem Modellversuch zur Soziotherapie für psychisch kranke Erwachsene, der von 1995 bis 1999 in mehreren Bundesländern stattfand, konnte eine deutliche Reduktion von stationären Behandlungstagen erreicht werden. Chronisch Kranke konnten ihre psychosoziale Kompetenz steigern, indem sie an Selbstständigkeit und Selbstvertrauen gewonnen haben. Aus diesem Modellversuch ging weiter hervor, dass der Patient bzw. die Patientin therapiefähig, krankheitseinsichtig, motiviert bzw. motivierbar und absprachefähig sein muss, so dass mit ihm ein individueller Therapieplan vereinbart werden kann. Meist handelt es sich um Personen mit chronischer Erkrankung, z. B. wegen schizophrener Psychose, Persönlichkeits-

[95] So auch die Stellungnahme Helck 2001: 52-53.

[96] Hierzu die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 91 vom 13. Mai 2000, in Kraft getreten am 14. Mai 2000.

[97] BSGE 82, 27 (32).

störung, lang andauernden Zwangs- und Angststörungen und chronischer Depression.[98]

Fraglich ist, ob die Erfahrungen aus diesem Modellversuch auf den Personenkreis der Hochaltrigen mit demenziellen Erkrankungen übertragen werden können. Dies dürfte zumindest dann problematisch sein, wenn aufgrund der Erkrankung eine Absprachefähigkeit nicht mehr gegeben ist.

Die Leistung der Soziotherapie könnte im Übrigen ein Vorbild für die Weiterentwicklung von Leistungen der ärztlichen Behandlung in Richtung auf einen Einbezug notwendiger Begleitung solcher Leistungen insbesondere unter dem Aspekt des Verbleibs der Patientin bzw. des Patienten in seiner häuslichen Umgebung sein, wie dies auch in den Soziotherapie-Richtlinien als Ziel formuliert worden ist.[99]

5.5.6.1.3 Geriatrische Rehabilitation

Der bereits bestehende gesetzliche Auftrag, den Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V, § 5 SGB XI) hat durch das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – eine neue Bestätigung und eine allgemeine Aufwertung gefunden: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ (§ 3 SGB IX). Die Vorrangigkeit entsprechender Rehabilitationsleistungen und insgesamt von Leistungen zur Teilhabe ist ebenfalls gesetzlich in § 8 SGB IX bestärkt worden.

Aus der Sicht des bestehenden Sozialleistungsrechts gibt es daher keinen Anlass für weitere gesetzliche Veränderungen, um der als problematisch anerkannten Implementierungssituation insbesondere bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation abzuhelfen (Fuhrmann 2001; Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001).[100]

5.5.6.2 Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht

5.5.6.2.1 Ärztliche Behandlung in Pflegeeinrichtungen

In den vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI besteht keine von der Leitung der Einrichtung gestellte ärztliche Versorgung wie dies im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Fall ist (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Krankenversicherte Personen von Pflegeeinrichtungen sind für die ärztliche Versorgung vielmehr auf die Realisierung ihres Anspruches auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) durch einen Vertragsarzt/-ärztin (§§ 72 ff. SGB V) angewiesen. Daraus folgt, dass es – aus krankenversicherungsrechtlicher Warte – den „Heimarzt“ nicht gibt. Damit ist auch die Freiheit der Wahl unter verschiedenen Vertragsärzten gewährleistet (§ 76 SGB V).

Diese Situation kann dazu führen, dass sich das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl unterschiedlicher ärztlicher Behandlungspraktiken und medizinischer Routinen konfrontiert sieht. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht an der Heimleitung beteiligt. Außerdem ist ihre Erreichbarkeit in Krisen- und Notsituationen nicht stets gewährleistet (Fischer, G.C. et al. 2001).

Deshalb ist verschiedentlich gefordert worden, krankenversicherungsrechtlich die Möglichkeit der Bestellung eines Heimarztes bzw. einer Heimärztin vorzusehen. Bei dieser Forderung wäre allerdings die freie Arztwahl weiter zu gewährleisten. Zudem ist auf die geriatrische Kompetenz eines solchen Heimarztes Wert zu legen. Vergütungsrechtlich wäre ein getrenntes Budget für die Heimärzte festzulegen.

5.5.6.2.2 §§ 109, 111 SGB V-Problematik

Insbesondere für die klinische Geriatrie wird beklagt, dass diese in der Bundesrepublik uneinheitlich organisiert sei (Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001). So unterstehen die entsprechenden Einrichtungen teilweise einem Krankenhausregime (Zulassung durch Versorgungsvertrag, § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V); teilweise sind sie als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zugelassen. Diese unterschiedlichen Regimes wirken sich vor allem insofern aus, als die nach § 109 SGB V zugelassenen Einrichtungen hinsichtlich der Pflegesätze den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V), während die nach § 111 SGB V zugelassenen Einrichtungen eine davon unabhängige Vergütungsregelung haben (§ 111 Abs. 5 SGB V). Weiter sind bei diesen Einrichtungen über Rahmenempfehlungen auf Bundesebene nach § 111a SGB V stärkere Einwirkungsmöglichkeiten als bei Krankenhäusern auf den Inhalt und die Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen, auf den Indikationskatalog sowie auf sonstige Inhalte der Versorgung möglich (s. den Katalog in § 111a Satz 2 SGB V).[101]

Beklagt wird insbesondere die Aufsplittung der geriatrischen Versorgung in Akutgeriatrie (Einrichtung nach § 109 SGB V) und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtung nach § 111 SGB V), die so international nicht vorhanden ist. Diese führe in der Realität oft zu einem Neben- bzw. Gegeneinander statt zu einem Miteinander der Vertreter dieser Versorgungssegmente (Leistner et al. 2001: 57).

5.5.6.2.3 Integrationsversorgung

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat eine Möglichkeit geschaffen, integrierte Versorgungsformen für eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende

[98] Aus: TKKspezial Bayern 1/2001, www.th-lokal.de/bayern/spez0101/sozio.html.

[99] S. unter I Grundlagen und Ziele Nr. 4 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23. August 2001, BAnz. Nr. 217 vom 21. November 2001, S. 23 735.

[100] Siehe dazu auch oben Abschnitt 5.5.5.1.2 sowie die Vorschläge zu einer Integration von SGB XI und SGB V auch zum Zwecke der Verbesserung dieser Situation (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung et al. 2001).

[101] Zu den Unterschieden siehe Loss et al. 2001: 61.

Versorgung der Versicherten herzustellen (§ 140a SGB V). Die betreffenden Leistungssektoren sind die vertragsärztliche Versorgung und die Versorgung durch sonstige Leistungserbringer sowie die Krankenhausversorgung und die Versorgung mit stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen (vgl. § 140b Abs. 2 SGB V).

Mit der Integrationsversorgung sollten vor allem leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme, etwa der Übergang von der Akutversorgung im Krankenhaus zu stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen und ggf. zur Versorgung mit Hilfsmitteln, gelöst werden. Repräsentative Auswertungen liegen noch nicht vor. Insbesondere liegen noch keine spezifischen Erfahrungen bei der Integrationsversorgung gerade älterer Menschen vor.

5.5.6.2.4 Umstellung der Finanzierungsmodi im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie

Bis zum 1. Januar 2003 ist in der Krankenhausfinanzierung die Einführung eines neuen Vergütungssystems vorgesehen, das auf Diagnosis Related Groups (DRG) und damit auf einer Art Fallpauschalensystem basiert (§ 17b Abs. 2 und 3 Satz 4 KHG).[102] Es wird befürchtet, dass dieses neue Finanzierungssystem die Eigenarten der geriatrischen Versorgung nicht hinreichend berücksichtigt (Lübke 2001). Geriatrische Einrichtungen sind darauf angewiesen, dass Patientinnen und Patienten in sie verlegt werden. Sie sind also in der Regel nicht Erstversorger. Nach den gegenwärtig geplanten Bestimmungen rechnet die erstbehandelnde Einrichtung die Fallpauschale ab. Die Kodierungsrichtlinien, nach denen jeder Fall klassifiziert wird, sollen jedoch bereits der Geriatriespezifik Rechnung tragen. Problematisch sei weiter der als ökonomische Optimierung angesehene Druck auf die Verweildauer. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sei ein Einwirken auf die Verweildauer in geringerem Umfang möglich als bei anderen Patientinnen und Patienten. Umgekehrt werden auch Chancen für die geriatrische Versorgung gesehen, die insbesondere darin liegen sollen, dass die Berechnungsweisen der DRGs die interdisziplinäre Arbeitsweise in der Geriatrie favorisieren würden.

Zum gegebenen Zeitpunkt kann also nur konstatiert werden, dass sich die aus medizinischen und sozialen Gründen ergebenden besonderen Versorgungsanliegen der Geriatrie in die Konfiguration der DRGs niederschlagen müssen. Im Übrigen können die Wirkungen von DRGs in der Bundesrepublik zurzeit insgesamt nicht annähernd verlässlich vorhergesagt werden (siehe auch Kapitel 4.5.5).

5.5.6.3 Zusammenfassung

Die Probleme im Rahmen des SGB V sind auf der leistungsrechtlichen Seite die bisher mangelnde Gewährleistung der geriatrischen Rehabilitation und auf der Seite des Leistungserbringungsrechts die Fragen der ärztlichen Versorgung in Heimen (Stichwort: Heimarzt), der Integrationsversorgung sowie vergütungsrechtlich die möglichen Auswirkungen der Einführung der DRGs auf die geriatrische Versorgung. Als besonderes Problem wird teilweise auch die Aufsplittung der geriatrischen Versorgung in Einrichtungen nach § 109 und nach § 111 SGB V gesehen.

5.5.7 BSHG – Sozialhilfe

Mit der Einführung der Pflegeversicherung haben die Leistungen der Sozialhilfe für pflegebedürftige Personen weniger Bedeutung bekommen, auch wenn die Leistungen der Pflegeversicherung die Sozialhilfeleistungen nicht in dem Maß substituiert haben, wie es ursprünglich erwartet worden ist (Roth & Rothgang 2001). Trotzdem sind einige Leistungen der Sozialhilfe für ältere pflegebedürftige Menschen nach wie vor bedeutsam. Dies gilt für den Lebensunterhalt bei einer stationären pflegerischen Versorgung, für die von der Pflegeversicherung die Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen nicht übernommen werden (§ 43 Abs. 2 SGB XI; § 27 Abs. 3 BSHG). Ebenso gilt dies für Leistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit und für Verrichtungen, für die im SGB XI keine Leistungen vorgesehen sind. Die Sozialhilfe hat auch für aufstockende Leistungen dort einzuspringen, wo die Pflegeversicherung zwar Leistungen vorsieht und diese gewährt, wo jedoch wegen der finanziellen Begrenzung von Pflegeleistungen weitere Leistungen nach dem SGB XI nicht möglich sind.[103]

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem BSHG (§§ 39 ff.) stehen unter den dort genannten Voraussetzungen und unter Beachtung des Nachrangs der Sozialhilfe gegenüber den Leistungen der übrigen Rehabilitationsträger allen wesentlichen behinderten Menschen unabhängig von ihrem Alter offen. Damit ist die Eingliederungshilfe auch für den Personenkreis der Hochaltrigen geöffnet.

Als weitere einschlägige Sozialhilfeleistung sind die Maßnahmen der Altenhilfe (§ 75 Abs. 1 und 2 BSHG) zu nennen. Die „weiche“ Leistung der Altenhilfe enthält vor allem Beratungsangebote und Angebote zur Kommunikation. Sie soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist (§ 75 Abs. 4 BSHG). Die Leistung der Altenhilfe könnte z. B. auch dazu genutzt werden, problematische Schnittstellen im Wege der Schaffung von Beratungsangeboten zu entschärfen.

Über die Praxis der Maßnahmen der Altenhilfe ist kaum etwas bekannt. Es existieren – soweit ersichtlich – keine Untersuchungen über die Implementierung dieser Sozialleistung. Um dieser wichtigen Vorschrift zu mehr Leben zu verhelfen, empfiehlt es sich daher, zum einen rechtlich die bestehenden Hilfemöglichkeiten auf der Grundlage dieser Vorschrift auszuloten, und zum anderen Untersuchungen über die Praxis der Umsetzung dieser Vorschrift zu fördern.

---

[102] Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6893 vom 11.09.2001.

[103] Urteil des BVerwG vom 15. Juni 2000 (wie Anm. 48).

5.5.8 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das Rehabilitationsrecht kennt keine Altersgrenzen und schließt damit grundsätzlich auch hochaltrige Menschen nicht von Rehabilitationsleistungen aus. Jedoch werden im deutschen Sozialleistungsrecht Rehabilitationsleistungen mit spezifischen Zwecksetzungen verbunden, mit denen indirekt ein Bezug auf das Alter gegeben ist. So haben die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung einen strikten Bezug zur Erwerbsfähigkeit des Versicherten und damit zum Erwerbsleben (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Damit scheiden diese Leistungen für Personen aus, die nicht im Erwerbsleben stehen, was bei hochaltrigen Menschen regelmäßig der Fall ist.

Damit ist aber noch nicht gesagt, dass ältere Menschen keine Rehabilitationsleistungen beziehen können. Die geriatrische (medizinische) Rehabilitation – übrigens in den Gesetzen nie als solche bezeichnet – zielt auch auf den Personenkreis der Hochaltrigen ab. Unter den Rehabilitationsleistungen sind es sogar gerade die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die auch für die älteren Menschen in Frage kommen.

Nach dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX[104] mit dem Titel „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind – wobei auch schon die drohende Behinderung ausreicht –, erhalten Personen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 Satz 1 SGB IX).

Das Merkmal der altersentsprechenden Funktionseinschränkung wirft Fragen und Anwendungsprobleme auf (Schulin & Igl 2001: Rdnr. 1022). Mit dem Verweis auf den „für das Lebensalter typischen Zustand“, von dessen Abweichung auch das Vorliegen einer Behinderung abhängt, ist nicht eine statistische Betrachtungsweise gemeint. So kann nicht gesagt werden, dass bei einer hohen Prävalenz einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung in einer bestimmten Altersgruppe dies zu einem Ausschluss einer Behinderung i.S. des Gesetzes führen wird. Untersuchungen haben im Übrigen gezeigt, dass zwar bei Hochaltrigen eine höhere Risikobetroffenheit gegeben ist, dass aber bis in die höchsten Lebensjahre hinein Potenziale zur Bewältigung, Kompensation und Anpassung gegeben sind.[105] Deshalb kann z. B. bei einer 100-jährigen Frau, die bei der Krankenkasse zum Ausgleich ihrer nachlassenden Gehfähigkeit eine Gehhilfe beantragt hat, diese nicht mit dem Argument ablehnt werden, es sei für dieses Lebensalter typisch, nicht mehr gehen zu können (vgl. § 33 Abs. 1 SGB V, 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Die altersentsprechende Funktionseinschränkung wird nicht ohne normative Wertungen adäquat auszufüllen sein. Schon die Verwendung des Attributes „typisch“ verweist hierauf.

Es kann also festgehalten werden, dass die Verwendung des Merkmals der altersentsprechenden Funktionseinschränkung im Behinderungsbegriff grundsätzlich nicht dazu führt, dass Personen wegen ihres hohen Alters bestimmte Sozialleistungen zur Teilhabe nicht erhalten können.

Die Behinderungsdefinition des SGB IX – wie im Übrigen auch die Definition nach altem Recht – erlaubt es, Personen mit demenziellen Erkrankungen oder chronisch kranke Personen, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu bezeichnen. Damit stehen diesen Personen nicht nur die entsprechenden Leistungen zur Teilhabe (§§ 4 f. SGB IX) zur Verfügung. Sie kommen auch in den Genuss der besonderen leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften, insbesondere auch in den Genuss entsprechender Information durch die Servicestellen (§ 23 SGB IX). Da das SGB IX zahlreiche Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften aufweist, können sich aus einer strikten Anwendung des Gesetzes für diesen Personenkreis erhebliche Verbesserungen insbesondere bei der Schnittstellenbewältigung ergeben.[105] Dies allerdings ist noch Zukunftsmusik. Die gesetzliche Basis ist mit dem SGB IX aber bereitet. Die Auswirkungen des SGB IX insbesondere auf die Leistungserbringung und -koordination nach dem SGB V sind noch nicht abzusehen. Zu bedauern ist allerdings, dass die Träger der Pflegeversicherung nicht als Rehabilitationsträger i.S.d. § 6 SGB IX gelten. Damit bleiben sie für die notwendige Schnittstellenbewältigung insbesondere zum SGB V hin außen vor. Deshalb sollte überprüft werden, ob sich der Einbezug der Träger der Pflegeversicherung in das Koordinierungsanliegen des SGB IX als notwendig erweist.[107]

5.5.9 Zur Problematik der mangelnden Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung

5.5.9.1 Zur Grundproblematik: Gegliedertes System versus multidimensionelle Sicherungsbedarfe

Die mangelnde Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung ist ein Problemfeld, das auch für hochaltrige Menschen besondere Bedeutung erlangt.[108] Dabei geht es grundsätzlich um zwei Phänomene:

– Im gegliederten System der sozialen Sicherheit sind in den einzelnen Teilsystemen (Sozialleistungszweigen) jeweils eigene Leistungen vorgesehen, die in der

[104] BGBl. I S. 1046. Einführend hierzu Welti 2001a; Welti & Sulek 2001 und gekürzt Welti & Sulek 2002.
[105] Siehe hierzu im Einzelnen die Ausführungen in Kapitel 3 und Rz. 22 ff. des MS S. 1.
[106] Siehe dazu unten Abschnitt 5.5.9.5.
[107] Für einen Einbezug mit guten Gründen: Welti 2001b.
[108] Siehe hierzu auch schon die Ausführungen im Dritten Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 270.

Regel nicht mit den Leistungen der anderen Teilsysteme abgestimmt sind (Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination).

– Das Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination und Integration setzt sich fort auf der Ebene der Leistungserbringung sowie auf der Ebene der Infrastruktursicherung. Insbesondere die fehlende Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung stellt sich als problematisch dar.

Dieses Thema wird in der sozialrechtlichen Literatur nur von wenigen Autoren vertieft artikuliert.[109] In rechtlicher Hinsicht ist das Thema verbunden mit vielfältigen, zum Teil verfassungsrechtlich (staatsorganisationsrechtlich) zu lokalisierenden Fragen. In der sozialwissenschaftlichen Literatur[110] wird dieses Thema meist nur sektoriell oder auf bestimmte Situationen bezogen artikuliert und meist als „Schnittstellenproblematik“ apostrophiert. Die medizinische/pflegerische/ sozialarbeiterische Praxis rügt die auftauchenden Probleme teilweise, ohne jedoch immer den damit zusammenhängenden Grundfragen nachzugehen. Insbesondere wird häufig nicht zwischen der leistungsrechtlichen und der leistungserbringungsrechtlichen Situation unterschieden.

Das Problem der mangelnden Koordination und Integration taucht vor allem in folgenden Situationen auf:

– wenn sich bei einer Person gleichzeitig mehrere soziale Risikosituationen verwirklichen, für die verschiedene Leistungsträger und/oder verschiedene Leistungserbringer zuständig sind (synchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen),

– wenn der sozialbiografische Verlauf das Zusammenwirken von mehreren Sozialleistungsträgern und/oder verschiedenen Leistungserbringern erfordert (asynchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen);

– wenn die beiden vorgenannten Situationen in einer Person zutreffen.

Die angesprochenen Koordinierungsprobleme lassen sich nicht mit einer einfachen Lösung bewältigen. Es gibt keinen goldenen Schlüssel zur Lösung der damit zusammenhängenden Fragen. Das gegliederte System der sozialen Sicherheit wird dabei häufig als Hauptverantwortlicher für diese Probleme ausgemacht. Diese Gliederung des sozialen Sicherungssystems folgt verschiedenen Gründen:

– An erster Stelle ist die Ausprägung des gegliederten Systems aufgrund der historischen Entwicklung der sozialen Sicherheit in Deutschland zu sehen. In der Bundesrepublik Deutschland als ein der Bismarckschen Sozialversicherungstradition verhaftetem Land hat die Differenzierung der Schutzweisen vor allem in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen stattgefunden. Aber auch das Fürsorgesystem, später das Sozialhilfesystem, hat schon im 19. Jahrhundert zwischen bestimmten Leistungsadressaten und damit zwischen bestimmten Leistungsarten differenziert.

– Die Gliederung des sozialen Sicherungssystems folgt darüber hinaus einer Verantwortungszuweisung. Dies drückt sich aus in der Existenz kausaler Systeme, deren Leistungszuständigkeit nur eintritt, wenn eine bestimmte Verantwortung generiert ist, so z. B. in der Kriegs- und Verbrechensopferversorgung die staatliche Verantwortlichkeit, oder in der Unfallversicherung die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers, die in diesem Versicherungszweig durch eine öffentlich-rechtliche Haftung abgelöst worden ist. Für die Belange hochaltriger Personen ist diese Verantwortungszuweisung jedoch in der Regel nicht von besonderer Bedeutung.

– Das Verhältnis der Gliederung des Schutzes durch die Sozialversicherungen und durch die Sozialhilfe ist zum einen davon bestimmt, dass die Sozialhilfe für solche Personen Leistungen vorsieht, die aus anderen Schutzsystemen oder sonstig keinen Schutz erlangen, und dass weiter nur das Sozialhilferecht bestimmte Leistungen vorhält, die in anderen Schutzsystemen nicht gegeben sind (z. B. in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder für Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0). Das Verhältnis von Sozialhilfeleistungen zu Leistungen aus den verschiedenen Sozialversicherungszweigen, insbesondere der Kranken- und der Pflegeversicherung, kann sich für hochaltrige Personen als besonders relevant erweisen.

Für große Teile der Bevölkerung, die Leistungen dieses Systems in Anspruch nehmen müssen, stellt sich die Gliederung des sozialen Sicherungssystems in der Regel nicht als problematisch dar, weil die Probleme, die diese Gliederung in sich birgt, in der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme meist bewältigt worden sind. Man würde daher einen falschen Eindruck vom gegliederten System der sozialen Sicherheit gewinnen, wenn man annehmen würde, dass sich dessen Gliederung stets negativ bei der Bewältigung multidimensioneller Problemlagen auswirken würde. Mittlerweile existieren an einigen Stellen gesetzliche Regelungen, die zur Bewältigung solcher Problemlagen beitragen sollen (z. B. § 13 Abs. 4 SGB XI für die leistungsrechtliche Koordinierung zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung; § 68a BSHG ebenfalls für die leistungsrechtliche Koordinierung bei den Pflegeleistungen nach BSHG und nach SGB XI; §§ 140a ff. SGB V für die Koordinierung verschiedener Leistungserbringer der Krankenversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung).

Allerdings ist den gliederungsbedingten Problemlagen lange Zeit nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt worden. Erst mit dem Bericht der Psychiatrie-Enquête-Kommission (Deutscher Bundestag 1975) ist in der Bundesrepublik breiter zur Kenntnis gebracht worden, dass sich hier Problemlagen auftun. Auch später waren es vor allem die an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Akteure, die nachdrücklich auf diese Fragen hingewiesen haben.[111] Außerhalb der psychiatrischen

[109] Zuletzt Mrozynski 2001. Siehe hierzu weiter insbesondere die Gutachten für die Aktion Psychisch Kranke e.V.: Igl 1999c; Mrozynski 1999; Mrozynski 1996; Igl 1996.

[110] Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 4.8. Siehe auch Höhmann 2001a.

[111] So die Aktion Psychisch Kranke e.V. mit den beiden Bänden: Kruckenberg et al. 1999.

Versorgung ist es vor allem der Geriatrie und Gerontologie zu verdanken, auf solche Problemlagen aufmerksam und Lösungsvorschläge gemacht zu machen.[112]

Dennoch bleiben in der Praxis Probleme dort bestehen, wo eine Person solche multidimensionellen Bedarfslagen aufweist, die nur im Zusammenspiel mehrerer intervenierender Akteure und damit meist auch im Zusammenwirken mehrerer Sozialleistungsträger bewältigt werden können. Die gegenwärtigen rechtlich und praktisch vorhandenen Möglichkeiten, diesen Schwierigkeiten zu begegnen, sind dabei in ihrer Existenz wie in ihrer Wirksamkeit eher begrenzt.

5.5.9.2 Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Der Faktor Zeit spielt insbesondere bei den Übergängen von einer Sozialleistung zur anderen, aber auch bei der Erstbewilligung einer Sozialleistung eine Rolle, wenn eine neue Versorgungssituation gegeben ist, z. B. bei der Entlassung aus Krankenhaus oder Reha-Einrichtung in den ambulanten Bereich. In den geriatrischen Kliniken richtet sich die Behandlung auf eine Entlassung mit größtmöglicher Selbstständigkeit in der eigenen häuslichen Umgebung aus. Voraussetzung hierfür ist, dass die entsprechenden Wohnumbauten und technischen Hilfen, für die nach dem SGB XI Leistungen vorgesehen sind (vgl. § 40 SGB XI), aber auch eine adäquate pflegerische Betreuungssituation zu Hause vorhanden sind. Wenn die entsprechende Begutachtung nicht rechtzeitig vorgenommen wird, ergeben sich nicht nur vorübergehende Versorgungslücken, sondern auch kostenintensive Zweckverfehlungen der vorhergehenden Versorgung.

5.5.9.3 Beispiele für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Häufig zitiertes Beispiel für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme ist die Kette Akutversorgung – Rehabilitation – Sicherstellung der häuslichen Versorgung bzw. der weiteren Versorgung in der Einrichtung. Mittlerweile existiert mit der Integrationsversorgung nach § 140a SGB V[113] eine gesetzliche Möglichkeit, solchen Problemen abzuhelfen. Valide praktische Erfahrungen in der Umsetzung dieser Vorschrift sind aber noch nicht dokumentiert.

5.5.9.4 Einfluss externer Faktoren: Dauer der Betreuungsverfahren

Die Dauer eines Betreuungsverfahrens kann sich in der Art und Weise der Leistungserbringung nach SGB V und SGB XI auswirken. In der Praxis wird z. B. beklagt, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen deswegen so lange verweilen, weil bestimmte Maßnahmen aufgrund der langen Dauer von Betreuungsverfahren nicht ergriffen werden könnten, die zu einer passenderen und oft kostengünstigeren Versorgung führen würden.

[112] Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. 1998. Siehe dazu etwa auch die praktische Handreichung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001b.

[113] Siehe oben Abschnitt 5.5.6.2.3.

5.5.9.5 Zusammenfassung und Lösungsansätze am Beispiel des SGB IX

Die Rolle des Faktors Zeit ist bei der Schnittstellenproblematik nicht zu unterschätzen. Häufig sind es nicht leistungs- oder leistungserbringungsrechtliche Probleme, aufgrund derer die Übergänge an den Schnittstellen notleidend sind, sondern Probleme der Dauer z. B. von Begutachtungsverfahren im Rahmen der Pflegeversicherung. Hier könnte ein Fallmanagement helfen, wonach die Begutachtung schon dann beantragt und eingeleitet wird, wenn die Entlassung in die häusliche Umgebung absehbar wird. Nach den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) 1997 für den MDK ist in einer solchen Situation die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche noch im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.[114]

Für die Lösung der Problematik der zeitlichen Dauer von Betreuungsverfahren können keine probaten Lösungen angeboten werden. Die Dauer eines gerichtlichen Verfahrens hängt auch von der personellen Belastung der Justiz auf allen Ebenen ab. So wird in der Praxis häufig vorgebracht, dass richterliche Entscheidungen ungebührlich lange Zeit im Schreibdienst ihrer Verschriftlichung harren. Eine entsprechende Gerichtsverwaltungsorganisation und entsprechender Personalbesatz sind Voraussetzung für zügige Behandlung dringlicher Angelegenheiten. Am Beispiel des Betreuungsverfahrens und seiner Verfahrensdauerproblematik wird im Übrigen deutlich, dass in vulnerablen Situationen, in denen sich Hochaltrige häufig befinden, administrative Defizite besonders negativ zu Buche schlagen können.

Im Rahmen des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist eine Reihe von Vorschriften geschaffen worden, mit denen den gerade im Bereich der Rehabilitation typischerweise auftretenden Koordinierungs- und Kooperationsproblemen begegnet werden soll. Es sind dies die Leistungskoordinierungsvorschrift in § 10 SGB IX und die Vorschrift über das Zusammenwirken der Leistungen in § 11 SGB IX, schließlich die allgemeine Kooperationsnorm in § 12 SGB IX. Begleitet – und in gewisser Weise sanktioniert – werden diese Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften durch Regelungen über Zuständigkeitsklärungen, wonach innerhalb von zwei (!) Wochen nach Antragseingang die Zuständigkeit beim erstangegangenen Träger geklärt sein muss (§ 14 Abs. 1 SGB IX). Der Rehabilitationsbedarf muss innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang festgestellt werden (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Die „Sanktionsmöglichkeit“ besteht darin, dass sich der Antragsteller die Leistung selbst beschafft, die dann erstattet werden muss (§ 15 SGB IX) (Welti 2001a: 2211). Zur ortsnahen Beratung und Unterstützung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sind Servicestellen einzurichten (§ 23 SGB XI).

[114] Abschnitt C. 2.4 der Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 21. März 1997.

Die Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften im SGB IX wie auch im SGB V, SGB XI und im BSHG liefern den Beleg dafür, dass es möglich ist, auf der Ebene des Gesetzes entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um den genannten Problemen Rechnung zu tragen. Allerdings bedarf es auch einer entsprechenden koordinierungs- und kooperationsbereiten Verwaltungspraxis und Praxis der Leistungserbringer. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Implementierung der jetzt schon vorhandenen Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in der Praxis wissenschaftlich zu begleiten, Umsetzungsprobleme zu eruieren und ggf. entsprechende Gesetzes- und Verfahrensänderungen zu bewirken.

5.6 Heimgesetz

5.6.1 Allgemeines

Beim Heimgesetz[115] handelt es sich nicht um ein Sozialleistungsgesetz. Es hat wegen des ihm obliegenden Schutzes von Rechtsgütern ordnungsrechtlichen Charakter und ist in seiner Funktion dem Verbraucherschutz zuzurechnen. Der Verbraucherschutzgedanke kommt auch zum Ausdruck in der Vorgabe rechtlicher Schutznormen im Zusammenhang des Heimvertrages, ähnlich wie dies aus dem Wohnraummietrecht bekannt ist. Diese Schutznormen beziehen sich aber nicht nur auf das Wohnen, sondern insgesamt auf die Betreuung und Versorgung im Heim. Eine immer mehr an Bedeutung gewinnende Funktion des Heimgesetzes liegt schließlich in der Gestaltung der kollektiven Lebensabläufe im Heim und der Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Heimträger. Diese Funktion der Partizipation bei der Lebensgestaltung im Heim und bei wichtigen Heimangelegenheiten bildet sich in den Rechten im Rahmen der Heimmitwirkung ab.

Das Heimrecht hat weiterhin mit dem Sozialleistungsrecht zwei wichtige Berührungspunkte: Zum einen muss eine Koordination zwischen den Leistungen des Heimträgers und den Sozialleistungen insbesondere der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe hergestellt werden. Angesichts des sozialen Schutzstatus, den ältere Menschen in der Bundesrepublik heute in allgemeiner Weise genießen, ist der Selbstzahler in Heimen, der alle Leistungen aus eigener Tasche bezahlt und keine Sozialleistungen in Anspruch nimmt, nur dann noch in größerer Zahl vorhanden, wenn die Leistungseintrittsschwellen (erhebliche Pflegebedürftigkeit) bei der Pflegeversicherung noch nicht überschritten werden. Zum anderen ist ein Berührungspunkt gegeben bei der Sicherung der Qualität von Leistungen der Einrichtung, wenn diese Leistungen gleichzeitig als Sozialleistungen, i. d. R. als Pflegeleistungen, erbracht werden. Das Heimgesetz wie das Pflegeversicherungsrecht befassen sich – mittlerweile gesetzlich koordiniert – mit dieser Qualitätssicherung.

[115] In der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. November 2001, BGBl. I S. 2960, in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung des Heimgesetzes vom 5. November 2001, BGBl. I S. 2970.

Für den Kreis der hochaltrigen Personen in Einrichtungen ist das Sozialleistungsrecht naturgemäß zentral einschlägig. Aber auch der im HeimG angelegte Verbraucherschutz und die dort niedergelegten Partizipationsmöglichkeiten sind für diesen Personenkreis von Bedeutung. Schließlich sollte – gerade unter rechtlichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Aspekten – erwogen werden, ob die mit der Institutionalisierung von Personen in Einrichtungen verbundenen Probleme nicht die Frage indizieren, ob diese Art der Versorgung und Betreuung noch angemessen ist und welche Vorkehrungen zur Grundrechtswahrung getroffen werden können und müssen. Hier hat sich die Bundesrepublik auch einer europäischen Debatte zu stellen.

5.6.2 Gesetzeszweck

Das Heimgesetz hat den allgemeinen Belang des Schutzes der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HeimG). Neben diesem allgemeinen Belang steht die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit, die Sicherung der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Qualitätssicherung (§ 2 Abs. 1 Nrn. 2, 4 und 5 HeimG). Außerdem soll die Zusammenarbeit der für die Durchführung des HeimG zuständigen Behörden mit den Einrichtungsträgern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe gefördert werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 HeimG).

Diese Gesetzeszwecke sollen nach dem Heimgesetz mit verschiedenen Instrumenten erreicht werden. Die Strukturqualität für das Leben im Heim soll durch bestimmte bauliche Maßnahmen und durch entsprechende Personalausstattung gesichert werden (Heimmindestbauverordnung; Heimpersonalverordnung). Der Rechtsstatus des Heimbewohners als Vertragspartner – und damit als Marktteilnehmer und Verbraucher – ist durch entsprechende gesetzlich angeordnete Maßgaben im Heimvertrag ausgeformt worden, die der besonderen Angewiesenheit des Bewohners auf die Leistungen im Heim Rechnung tragen sollen (Verbraucherschutzfunktion). Die Teilnahme in Heimangelegenheiten und die Mitgestaltung des Lebensraumes Heim sollen durch Mitwirkungsmöglichkeiten der Heimbewohner gewährleistet werden (Partizipationsfunktion).

5.6.3 Heimbegriff

Der Anwendungsbereich des HeimG erfasst die stationären Einrichtungen für ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige. Das betreute Wohnen und Wohngemeinschaften sind vom Anwendungsbereich mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG ausdrücklich ausgeschlossen worden (vgl. § 1 Abs. 2 HeimG). Für Kurzzeitheime, also Heime, die vorübergehend bis zu drei Monaten Bewohnerinnen und Bewohner aufnehmen, und stationäre Hospize ist die Anwendung bestimmter Vorschriften, so der Mitwirkungsvorschriften, ausgeschlossen bzw. modifiziert (§ 1 Abs. 3 HeimG).

Der Ausschluss des betreuten Wohnens aus dem Schutzanliegen des HeimG erweist sich als problematisch (§ 1 Abs. 2 HeimG). Zwar ist der Schutzbedarf von Mieterinnen und Mietern bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen, die im weiteren Sinne dem Heimsektor zuzuordnen sind, also auch die des Betreuten Wohnens, auf unterschiedlichen Niveaus angesiedelt. Auch entsprechen die Strukturvorgaben des Heimgesetzes und die in der Heimmindestbauverordnung weiterhin verfolgte Typik von Heimen nicht mehr der konzeptionellen Vielfalt von Einrichtungen. Gleichwohl kann der Schutzbedarf, der sich mit zunehmender Hilfeabhängigkeit auch und gerade in Einrichtungen des Betreuten Wohnens entwickelt, nicht negiert werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens werden in einer Gemengelage der Dienstleistungserbringung und der Wohnraumgewährung mit einer komplexen und komplizierten Rechtslage konfrontiert. Während das Heimgesetz mit seinen heimvertraglichen Vorschriften diese Komplexität auflöst und klare Regelungsziele verfolgt, um dem Heimbewohner mehr Schutz und Rechtssicherheit zu bieten, als er nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften hätte, muss der Bewohner im Betreuten Wohnen auf Vergleichbares verzichten. Nur für den Fall, dass der Mieter bzw. die Mieterin im Betreuten Wohnen vertraglich verpflichtet ist, Verpflegung und weiter gehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen, ist das Heimgesetz anzuwenden (§ 1 Abs. 2 Satz 3 HeimG). Mit dieser Neuregelung nach dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes wurde gleichzeitig darauf verzichtet, insbesondere das Heimvertragsrecht an die durchaus vielfältigen Formen des Betreuten Wohnens anzupassen bzw. es dahin gehend weiter zu entwickeln. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die weitere Entwicklung der rechtlichen Situationen auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Blickwinkel des Verbraucherschutzes kritisch zu beobachten. Wenn es hier zu Beeinträchtigungen der Schutzbelange der Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens kommt, sind die entsprechenden gesetzlichen Weiterentwicklungen unverzüglich in Angriff zu nehmen.

5.6.4 Heimvertrag

Die Sicherung der Stabilität des Lebensortes und die Sicherung der Versorgung und Betreuung an diesem Lebensort ist gerade für hochaltrige Personen besonders wichtig. Die Erwartung von Veränderungen an diesem Lebensort, sei es durch Verlegungen oder gar durch Kündigungen, kann in dieser Lebensphase zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen bei diesen Personen führen. Die gesetzlichen Regelungen über die Gestaltung des Heimvertrages sind deshalb daran ausgerichtet, dass beim Heimbewohner die Sicherheit der Stabilität des Lebensortes und die Sicherung der Versorgung und Betreuung an diesem Lebensort gewährleistet ist. So besteht für den Heimträger eine Pflicht zur Anpassung von Leistungen an einen erhöhten oder verringerten Betreuungsbedarf des Heimbewohners (§ 6 HeimG). Eine Erhöhung des Entgelts ist an bestimmte formale und inhaltliche Voraussetzungen gebunden (§ 7 HeimG). Eine Kündigung seitens des Heimträgers ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich (§ 8 Abs. 3 HeimG).

Da es sich beim Heimvertrag in der Regel um ein auf längere Dauer angelegtes Vertragsverhältnis handelt, und da Änderungen in diesem Vertragsverhältnis nur in den aufgeführten Fällen stattfinden sollen, erweist es sich als besonders notwendig, den Heimvertrag von Beginn an so zu gestalten, dass er über längere Zeit den Bedürfnissen und Interessen des Heimbewohners standhält. Dies setzt voraus, dass der künftige Heimbewohner schon bei Vertragsabschluss entsprechende Klarheit über Rechte und Pflichten erhält. Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes ist diesen Transparenzerfordernissen dergestalt Rechnung getragen worden, dass jetzt auch Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der hierauf entfallenden Entgelte angegeben und die Leistungen im Einzelnen gesondert beschrieben werden müssen (§ 5 Abs. 3 HeimG).

Dem Heimträger als Vertragspartner kommt gegenüber seinen Vertragspartnern eine besondere, bisher gesetzlich noch nicht verankerte Verpflichtung zu, die darin besteht, auf die Geschäftsfähigkeit des Vertragspartners zu achten und bei entsprechenden Anhaltspunkten – auch gegenüber den Angehörigen – auf die Möglichkeiten einer Betreuung hinzuweisen.

5.6.5 Heimmitwirkung

5.6.5.1 Änderungen aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG sind auch die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner erweitert worden (§ 10 HeimG). Die entsprechende Verordnung (Heimmitwirkungsverordnung) auf der jetzt geänderten gesetzlichen Basis ist noch nicht erlassen. Während sich bislang die Mitwirkung auf die Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung erstreckte, bezieht sich jetzt die Mitwirkung auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die leistungserbringungsrechtliche Seite, d. h. auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach dem SGB XI und BSHG. Die Einzelheiten hierzu sind einer Rechtsverordnung vorbehalten.

Die Mitwirkung im Heim stößt in der Praxis insbesondere dann an Grenzen, wenn Heimbewohner gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, die Mitwirkung effektiv zu realisieren. Weitere Probleme bei der Mitwirkung können sich ergeben aus Informationsdefiziten, aber auch in Ansehung von – tatsächlichen oder als solchen empfundenen – Abhängigkeiten vom Personal oder vom Träger des Heimes.

Das Institut des Heimfürsprechers soll dazu dienen, einen nicht vorhandenen Heimbeirat oder andere Mitwirkungsmöglichkeiten zu ersetzen (§ 10 Abs. 4 HeimG). Mit der Beteiligung von Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, ggf. auch

behördlicherseits vorgeschlagener Personen im Heimbeirat soll die Beteiligungsbasis erweitert werden (§ 10 Abs. 5 HeimG). Die für den Heimbeirat bestehende Möglichkeit, bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens einzubeziehen, dient der Erleichterung der entsprechenden Informationsbeschaffung.

Diese mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG eingeführten erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten erlangen für den Kreis der hochaltrigen Heimbewohner insbesondere dann Bedeutung, wenn sie von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

5.6.5.2 Fehlende sozialwissenschaftliche Befunde zur Mitwirkung im Heim

Sozialwissenschaftliche Erhebungen zur Situation der Mitwirkung in Heimen existieren nicht. Es gibt weder repräsentative Untersuchungen zum Verhältnis der Ausübung von Mitwirkungsrechten zur jeweiligen Bewohnerstruktur, noch solche Untersuchungen über Wahlbeteiligungen oder über faktische Wirkungsmöglichkeiten des Heimbeirats.

Daher ist man für die Erforschung des Zustands der Heimmitwirkung in der Praxis und insbesondere der Probleme bei eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit angesichts einer fragilen Heimbewohnerschaft auf Eindrücke verwiesen, die aus der Praxis seitens der Heimaufsicht, der Träger von Einrichtungen, der Heimbeiräte und der Seniorenvertretungen berichtet werden.[116]

5.6.5.3 Sichtweisen der Praxis

5.6.5.3.1 Akzeptanz der Heimmitwirkung

Das Rechtsinstitut der Heimmitwirkung gilt als von allen Beteiligten breit akzeptiert, was nicht ausschließt, dass die Mitwirkungsregelungen in vieler Hinsicht als verbesserungswürdig erachtet werden.[117]Aus der Warte der Einrichtungsträger ist teilweise Kritik geübt worden an den mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes reformierten Mitwirkungsregelungen, so vor allem hinsichtlich der Erweiterung der Mitwirkungsbereiche bei den Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG.

Die Akzeptanz der Heimmitwirkung erstreckt sich nicht nur auf die Seite der mit der Heimmitwirkung bezweckten verbesserten Rechtsstellung der Heimbewohner, sondern auch auf die durch sie bedingte Öffnung der Kommunikation innerhalb der Einrichtung.[118]

[116] Informativ hier die von Igl zusammengefassten Stellungnahmen auf einer Podiumsdiskussion „Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion“ anlässlich des Fachkongresses „Was ändert sich für die Heimaufsicht?“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom 15./16. Mai 2001 (Igl 2001). Siehe weiter Schmelter 2001 und Dietrich 2001. Siehe auch Dahlem 1997; Markus 1993; Kuratorium Deutsche Altershilfe 1995.

[117] Giese 1997: 101.

[118] Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).

Hinsichtlich der Mitwirkung der hochaltrigen Heimbewohnerinnen und -bewohner kristallisieren sich zunehmend differenzierende Sichtweisen heraus. So wird nicht mehr pauschal behauptet, dass die Heimmitwirkung bei einer hochaltrigen Bewohnerschaft generell problematisch sei (nach Giese (1997: 101): „Bewohnerdefizit“). Im Gegenteil wird vorgebracht, dass gerade die Hochaltrigen eine Fülle von Wahlerfahrungen als Wähler und als Gewählte in vielen gesellschaftlichen und politischen Bereichen hätten.[119] Auch wird nicht mehr pauschal darauf verwiesen, dass eine Mitwirkung bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern nicht möglich sei (nach Giese (1997: 101): „Kompetenzdefizit“). Hier sei zu beachten, dass es sehr unterschiedliche Grade des Fortschritts solcher Erkrankungen gebe und dass man hierauf auch bei den Mitwirkungsmöglichkeiten abzustellen habe.

Die rechtliche Ausgestaltung der Heimmitwirkung gilt im Grunde als akzeptiert. Grundlegende Reformvorschläge, wie die Verfassung der Heimbewohner in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts („Bewohnerkammer“),[120] sind in der jüngsten Gesetzesänderung nicht aufgenommen worden. Allerdings wird eine Reihe „struktureller Defizite“ beklagt, die teilweise auch auf rechtliche Defizite zurückzuführen sind (Giese 1997: 100). Hier handelt es sich vor allem um die Sicherung der effektiven Wahrnehmung von Heimbeiratsaufgaben (Schulung, externe Beratung, eigene Budgets).

5.6.5.3.2 Aktives Wahlrecht

Die Ausübung des aktiven Wahlrechts setzt neben der Kenntnis von diesem Recht auch das Interesse an den Angelegenheiten, die das Repräsentativorgan Heimbeirat zu betreuen hat, und das Vertrauen in eine solche Institution und in die zu wählenden Personen voraus. Damit besteht ein erheblicher Bedarf an Information seitens der Bewohnerschaft. Die gegenwärtige Regelung im HeimG (§ 10 Abs. 2) sieht eine Pflicht zur Förderung der Unterrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner für die Heimaufsichtsbehörden vor, während die Heimträger hier nicht – zusätzlich zur Heimaufsicht – in die Pflicht genommen sind. Gerade die Heimträger könnten jedoch vor Ort zu einer auf die jeweilige Bewohnerschaft abgestimmten Informationspolitik beitragen, z. B. auch durch entsprechende Gestaltung der Wahlzettel. So wird darauf verwiesen, dass die Ausübung des aktiven Wahlrechts auch dadurch erleichtert werden könne, dass die Wahlzettel mit Fotos der Wahlkandidaten versehen werden.[121] Gerade an diesem Beispiel zeigt sich, dass es für die wirksame Ausübung von Rechten angesichts einer fragilen Bewohnerschaft nicht mit der Rechtsgewährung alleine getan ist. Es sind auch – bewohnerabgestimmt – die Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte zu schaffen. Oft helfen hier, wie aus dem Beispiel hervorgeht, schon kleine Handreichungen.

[119] Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 60 (Anm. 83).

[120] Giese 1997 hat diese Vorschläge auf eine Anregung der Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner e.V. (BIVA) hin erarbeitet.

[121] Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).

5.6.5.3.3 Passives Wahlrecht und Ersetzungsmöglichkeiten

Problematischer als die Gestaltung und Förderung des aktiven Wahlrechts stellt sich das passive Wahlrecht dar, wenn sich aus Gründen von Kompetenz- oder Bewohnerdefiziten(Giese 1997) ein Heimbeirat nicht bilden lässt. Die vom Gesetz vorgesehene Lösung dieser Konstituierungsproblematik wird in der Bestellung eines Heimfürsprechers[122] durch die Heimaufsichtsbehörde gesehen (§ 10 Abs. 4 HeimG). Dies hat im Benehmen – nicht im Einvernehmen – mit dem Heimträger zu geschehen. Heimbewohner wie deren gesetzliche Vertreter können Vorschläge zur Auswahl des Heimfürsprechers unterbreiten. Das Gesetz äußert sich nicht zu der Frage, um welche Personen es sich hier handeln soll. Es lässt damit heimexterne wie heiminterne Personen zu. Statt der Bestellung eines Heimfürsprechers existiert die Möglichkeit einer Gewährleistung der Mitwirkung auf „andere Weise."

In der Frage der Konstituierungsproblematik sind vier Punkte zu unterscheiden (Igl 2001):

- Förderung der Behebung eines Konstituierungsdefizits;
- Kreis der einzubeziehenden Personen;
- Art und Weise der Auswahl und Bestellung dieser Personen;
- Quote dieser Personen im Heimbeirat.

Förderung der Behebung eines Konstituierungsdefizits: Der gesetzliche Auftrag der Bestellung eines Heimfürsprechers wird durch die Nichtbildung eines Heimbeirats ausgelöst. Es wäre jedoch zu erwägen, ob Heimaufsicht und Heimträger verpflichtet werden sollten, zunächst bei der Bewohnerschaft auf die Bildung eines Heimbeirats hinzuwirken. Dies kann in Form von Information und Beratung der Bewohnerschaft geschehen. Eine solche der Bestellung eines Heimfürsprechers vorgelagerte Informations- und Beratungsverpflichtung kann auf der Basis der gegenwärtigen Gesetzeslage in der Heimmitwirkungsverordnung nur für die Heimaufsichtsbehörden geschaffen werden.

Kreis der einzubeziehenden Personen: In der Praxis wird der Personenkreis, der als Heimfürsprecher infrage kommt, meistens mit Angehörigen, Vertrauenspersonen, Vertreterinnen und Vertretern der Seniorenorganisationen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Heimes benannt. Bei den Angehörigen wird darauf hingewiesen, dass sie wegen möglicherweise gegenläufiger eigener Interessen (finanzielle Interessen, Betreuungslasten u. a.) nicht immer geeignet seien, als Heimfürsprecher tätig zu werden. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung besteht das Problem, dass sie zwar oft die Funktion einer Vertrauensperson bei den Bewohnerinnen und Bewohnern haben, sie jedoch andererseits wegen ihrer arbeitsrechtlichen Verpflichtungen gegenüber dem Heimträger als Arbeitgeber in Konfliktsituationen geraten könnten, wenn sie im Heimbeirat als Fürsprecher die Interessen der Heimbewohner wahrzunehmen haben. Die damit zusammenhängenden Loyalitätskonflikte sind arbeitsrechtlich bisher noch nicht gelöst. Die Situation ist auch nicht mit der betrieblichen Mitbestimmung zu vergleichen, da hier für solche Konflikte gesetzliche Vorkehrungen gegenüber negativen Auswirkungen getroffen worden sind.[123] Damit sprechen zwei Gründe dagegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Heims als Heimfürsprecher zu bestimmen: Sie können wegen möglicher Loyalitätskonflikte zwischen den Interessen des Arbeitgebers und der Heimbewohner die Interessen der Letzteren nicht gebührend wahrnehmen, und es besteht die Gefahr für sie, dass sie sich wegen gegenwärtig nicht vorhandener arbeitsrechtlicher Schutzvorschriften in für sie rechtlich abträgliche Situationen begeben.

Damit kommen nur heimexterne Personen als Fürsprecher infrage. Bei diesen Personen ist seitens der Heimaufsicht darauf zu achten, dass sie mit den Gegebenheiten des jeweiligen Heims, insbesondere mit der Struktur der Bewohnerschaft, vertraut sind, und weiter, dass sie eine entsprechende Eignung für die Wahrnehmung der Interessen der Bewohnerschaft mitbringen. Deshalb kann auch nicht allgemein davon ausgegangen werden, dass Vertreter von Seniorenvereinigungen diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen.

Art und Weise der Auswahl und der Bestellung der Fürsprecher: Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage werden die Fürsprecher von der Heimaufsichtsbehörde bestellt, wobei ein Vorschlagsrecht der Heimbewohner und ihrer Angehörigen besteht. Es sollte jedoch vorgesehen werden, dass vor einer Bestellung dieser Personen eine Möglichkeit der Wahl solcher Personen gegeben ist. Eine behördliche Bestellung eines Fürsprechers würde damit erst dann vorgenommen, wenn auf andere Weise ein Heimbeirat nicht konstituiert werden kann. Es wird auch diskutiert, ob die Kommunalparlamente ein Vorschlags- und Benennungsrecht haben sollen. Oft wird es aber auch hier an der konkreten Bezogenheit zu einer bestimmten Einrichtung fehlen, so dass dieser Weg nicht als gangbar erscheint.

Quote der externen Personen im Heimbeirat: Im Heimbeirat soll nach allen bekannten Äußerungen gewährleistet sein, dass die gewählten Heimbeiräte in höherer Quote als die Fürsprecher vertreten sind.

5.6.5.3.4 Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte

Zur Gewährleistung der Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte des Heimbeirats werden vor allem die folgenden Anliegen aufgeführt (Markus 1993):

- Schulung der Heimbeiräte;
- Einholung externen Sachverstands (Rechts- und Wirtschaftsberatung);

[122] Es wird teilweise vorgeschlagen, den Heimfürsprecher als Bewohnerfürsprecher zu bezeichnen, siehe Kipper bei Igl 2001, S. 62 (Anm. 83).

[123] Siehe das Benachteiligungsverbot in § 78 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG).

- Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Heimbeiräte auf lokaler und regionaler Ebene;
- Schaffung eigener Budgets;
- Übernahme der Kosten für diese Bereiche.

Die strukturellen Defizite in der Tätigkeit der Heimbeiräte sind zu einem guten Teil auch auf fehlende Unterstützungsinstrumente für die adäquate Ausübung dieser Tätigkeit zurück zu führen. Die im Vorstehenden aufgeführten Anliegen beziehen sich vor allem auf den Bereich der entsprechenden Information und des Informationsaustausches, der Qualifikation der Heimbeiräte und der Beratung. Damit einher gehen die entsprechenden Kostentragungen. Während für die Heranziehung externen Sachverstandes in § 10 Abs. 1 HeimG eine Berechtigungsnorm vorgesehen ist, kann für Schulungen der Heimbeiräte selbst nur auf die allgemeine Fördernorm in § 10 Abs. 2 HeimG verwiesen werden. Beide Vorschriften entbehren jedoch einer Finanzierungsregelung. Schon nach bisherigem Recht hat der Heimträger den Kosten- und Sachaufwand des Heimbeirats zu tragen (§ 21 HeimMitwirkungsV). Hier bietet es sich an, entsprechend den Vorschriften des Betriebsverfassungsgesetzes auch Schulungen für den Heimbeirat vorzusehen (vgl. § 37 Abs. 4 BetrVG), für die der Arbeitgeber die Kosten zu tragen hat (vgl. § 40 BetrVG). Diese Kosten sollten auch in den Pflegesatz eingehen können.

Die Schaffung eigener Budgets für den Heimbeirat, aus dem dieser über seine bisher nach § 21 HeimMitwirkungsV erfassten Kosten hinaus Aufwendungen bezahlen kann, z. B. Begrüßungsgeschenke für neue Heimbewohner, „Kaffeekasse“, könnte bei verständiger Auslegung schon im Rahmen des geltenden Rechts möglich sein. Es ist fraglich, ob es hierzu einer besonderen Vorschrift bedarf.

5.6.6 Heimaufsicht

Rolle und Funktion der Heimaufsichtsbehörden sind im Heimgesetz klar beschrieben. Hierzu gehören insbesondere die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner und anderer Personen, auch der Heimträger (§ 3 HeimG), die Entgegennahme der Anzeigen bei Aufnahme, Änderung und Einstellung des Heimbetriebes (§ 11 HeimG), die Überwachung (§ 15 HeimG), schließlich die entsprechenden Maßnahmen bei Mängeln, wie Beratung bei Mängeln im Heim (§ 16 HeimG), Erlass von Anordnungen (§ 17 HeimG) und Erteilung von Beschäftigungsverboten (§ 18 HeimG). Weiter sind die Heimaufsichtsbehörden zur Zusammenarbeit mit anderen Behörden, insbesondere Sozialleistungsträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, verpflichtet (§ 20 HeimG).

Die Notwendigkeit einer effektiven Heimaufsicht liegt gerade in Hinblick auf solche Bewohnerinnen und Bewohner auf der Hand, bei denen die eigenen Möglichkeiten der Interessen- und Rechtsdurchsetzung aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen eingeschränkt sind. Es ist in der Vergangenheit an der Aufsichtpraxis der Heimaufsichtsbehörden sowohl in den Medien als auch in der Wissenschaft Kritik geübt worden, wobei die letztere Kritik vor allem im Rahmen von Untersuchungen zur Praxis regionaler Heimaufsicht geführt worden ist (Klie 1988; Köhring 2001). Es fehlt jedoch an breiter angelegten und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigten Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden. Es bietet sich daher an, solche Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Wenn aufgrund solcher Befunde strukturelle Mängel in der Heimaufsicht zutage treten, könnten sie auch dazu genutzt werden, zu einer Effektuierung der Heimaufsichtspraxis beizutragen.

5.6.7 Problemfelder beim Leben im Heim – Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen

Die zahlreichen gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohnern dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Leben im Heim nach wie vor Problemfelder aufweist. Diese Problemfelder können bei fragilen hochaltrigen Personen besondere Relevanz erlangen.

Zu nennen sind neben der latenten Geneigtheit solcher Institutionen zu Grundrechtsgefährdungen, insbesondere in Hinblick auf die Einschränkungen der Handlungsfreiheit, der körperlichen Unversehrtheit, der Freiheitsbeschränkung durch Fixierungen, der Wahrung der Unverletzlichkeit der Wohnung und der Privat- und Intimsphäre, auch die Problematik von Abhängigkeiten gegenüber dem Heimträger und dem Heimpersonal und – allerdings heute weniger akut – der Freiheit der Arztwahl.

Das Anliegen der Verbesserung der grundrechtlichen Situation von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen war bereits 1978 Gegenstand der Befassung der Sozialrechtlichen Abteilung des 52. Deutschen Juristentags (DJT). Mit überwältigender Mehrheit wurde damals gefordert, dass Bundesregierung und Deutscher Juristentag gemeinsam eine Sachverständigenkommission zur Fortentwicklung des Rechts der sozialen Pflege- und Betreuungsverhältnisse, worunter insbesondere auch die Heimverhältnisse zählten, einrichten sollen.[124] Diese Kommission ist jedoch aufgrund der ablehnenden Haltung der damaligen Bundesregierung nicht ins Leben gerufen worden. Die weitere Behandlung des Themas im Rahmen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge beschränkte sich vor allem auf die rechtliche Ausgestaltung des Heimvertrages.[125] Damit war die Chance einer breiteren politischen Befassung mit dem Anliegen der Grundrechtsgewährleistungen in Einrichtungen vertan.[126]

---

[124] Krause, P. 1978 zu den Problemlagen im Heim Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages, Wiesbaden 1978, Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln?, Sitzungsbericht N, 1978, S. 210 (Beschluss A. III.3). Zu den Grundrechtsbeeinträchtigungen in Heimsituationen siehe schon Igl 1978: 237 ff.

[125] Daraus hervorgegangen: Igl 1983.

[126] Immerhin wird dies in der Rechtswissenschaft auch außerhalb des Sozialrechts bedauert, so aus der Sicht des Familienrechts Zenz 2000: 490.

Mittlerweile hat die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit Unterstützung zahlreicher Fachleute eine radikale Umkehr in der Betreuung alter und kranker Menschen gefordert und darauf hingewiesen, dass das Heimmodell als Form der Versorgung und Betreuung ein „Auslaufmodell“ sei.[127] In diesem Zusammenhang sind die Abgeordneten und Fraktionsvorsitzenden des Deutschen Bundestages aufgefordert worden, in der nächsten Legislaturperiode eine „Enquete für Heime“[128] einzusetzen.

Unabhängig von der Frage, ob eine Abschaffung von Heimen unter den gegenwärtigen Verhältnissen tunlich ist, bietet es sich jedoch an, eine breitere politische Befassung mit dem Problem der Versorgung und Teilhabe älterer und behinderter Menschen in- und außerhalb von Einrichtungen anzuregen. In diesem Zusammenhang sind auch die vom 52. DJT aufgeworfenen und bis heute nur teilweise gelösten Fragen wieder zu stellen. Die Einrichtung einer Enquete-Kommission könnte sich hierzu als geeignetes Instrument erweisen. Zu denken wäre auch daran, mit diesem dringlichen Thema eine Kommission für den Fünften Altenbericht der Bundesregierung zu beauftragen. Gegenstände der Befassung sollten dann auch das faktische Wirken der Heimaufsicht und die Defizite in der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden sowie die faktische Realisierung der Qualität von Pflege und Betreuung in Einrichtungen sein. Schließlich könnten in einem solchen Zusammenhang auch die im Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN) vorgebrachten Rügen gegenüber Pflegemängeln in deutschen Pflegeeinrichtungen erörtert werden. Dieser Ausschuss stellte fest, dass die Situation in Heimen zur Sorge Anlass gebe und forderte die Bundesregierung auf, sofort für Verbesserungen zu sorgen.[129]

5.6.8 Zusammenfassung

Auf dem Gebiet des Heimgesetzes erweist sich die auch mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes nicht vorgenommene Anpassung der rechtlichen Schutznormen an die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens unter dem Gesichtspunkt des Bewohnerschutzes als problematisch. Allerdings sollten die Erfahrungen mit der Gesetzesänderung abgewartet werden, um dann ggf. auf eine Weiterentwicklung des Heimrechts zu drängen.

Besonders kritisch stellt sich das Problem der Mitwirkung in Heimen dar. In Einrichtungen mit hochaltriger und gesundheitlich fragiler Bewohnerschaft können die gesetzlich vorgesehenen Mitwirkungsmöglichkeiten de facto eingeschränkt sein. Bei den entsprechenden Vorkehrungen für eine angemessene Realisierung der Mitwirkung auch in solchen Einrichtungen sind besondere Unterstützungen bei der Wahl des Heimbeirats angebracht. Insbesondere soll die Heimaufsicht und der Heimträger darauf hinwirken, dass nicht sofort zum Mittel der Bestellung eines Fürsprechers gegriffen wird, sondern dass erst die Möglichkeit einer Wahl solcher Personen geprüft und ggf. durchgeführt wird. Bei der Heranziehung externer Personen ist darauf zu achten, dass diese neben ihrer Eignung auch einen Bezug zu der konkreten Einrichtung und ihrer Bewohnerschaft haben. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Vertreterinnen und Vertreter von Seniorenorganisationen oder auch Angehörige von Heimbewohnern diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen erscheinen wegen möglicher Loyalitätskonflikte nicht für die Tätigkeit als Heimfürsprecher geeignet. Im Übrigen ist Heimbeiräten auch finanzielle Unterstützung bei Schulungen, Informationsaustausch und bei Heranziehung externen Sachverstands zu geben.

Nach wie vor bleibt die Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen problematisch. Hier erscheint eine Verbreiterung der Diskussion, wie schon vom 52. Deutschen Juristentag 1978 angeregt, nach wie vor erforderlich. Dies könnte auch im Rahmen einer Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages oder durch Beauftragung der Kommission für den 5. Altenbericht geschehen. Die Befassung soll sich insgesamt auf die Versorgung und Teilhabe von älteren und behinderten Menschen erstrecken; dabei wären auch die qualitativen Aspekte insbesondere der pflegerischen Versorgung und Betreuung zu erörtern.

Eine effektive Heimaufsicht ist gerade für solche Bewohnerinnen und Bewohner wichtig, bei denen die eigenen Möglichkeiten der Interessen- und Rechtsdurchsetzung aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen eingeschränkt sind. Angesichts der Tatsache, dass an der Praxis der Heimaufsichtsbehörden in den Medien zum Teil massiv Kritik geübt wird, bietet es sich an, breit angelegte und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigte Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Solche Befunde könnten auch zu einer Effektuierung der Heimaufsichtspraxis beitragen.

5.7 Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)

5.7.1 Anwendungsbereich: Wirksamkeit der Vorschrift auch für diesen Personenkreis?

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Dieser Satz ist mit dem 42. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 27. Oktober 1994[130] als Art. 3 Abs. 3 Satz 2 eingeführt worden. Er reiht sich ein in die

127 Zitiert nach Frankfurter Rundschau vom 1. August 2001, Nr. 176, S. 7.

128 Nach der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GOBT) kann der Bundestag zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe eine Enquete-Kommission einsetzen, vgl. § 56 Abs. 1 Satz 1 GOBT.

129 Zitiert nach: Vincentz-Net-Newsletter vom 23.10.2001, www.vincentz.net.

130 BGBl. I S. 3146.

bereits vorhandenen Diskriminierungsverbote des Absatzes 3 dieses Grundgesetzartikels, wonach niemand wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden darf.

Für den Begriff der Behinderung wird auf das allgemeine Verständnis zurückgegriffen, wie es sich im Schwerbehindertengesetz (§ 3 Abs. 1 Satz 1)[131] – und jetzt im SGB IX (§ 2 Abs. 1 Satz 1) ausdrückt: Behinderung ist nach der bisher gültigen Definition in § 3 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Nach der Definition in § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Diese Definitionen nach altem wie nach neuem Recht erlauben es, Personen mit demenziellen Erkrankungen, bei denen aufgrund dieser Erkrankungen lebensalteruntypische und länger als sechs Monate dauernde Abweichungen in der körperlichen Funktion oder in der geistigen Fähigkeit gegeben sind, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und damit auch als behinderte Menschen i. S. d. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu bezeichnen. Damit ist das grundgesetzlich vorgesehene Benachteiligungsverbot auch für diesen Personenkreis einschlägig (Davy 2001, DSRV).

5.7.2 Negativ: Verbot von Diskriminierung – Posititiv: Entwicklung von besonderen Schutzvorkehrungen?

Die Vorschrift stellt ein Verbot dar, jemanden gerade wegen seiner Behinderung zu benachteiligen.[132] Dabei ist es nicht erforderlich, dass die staatliche Gewalt zielgerichtet – final – jemanden wegen seiner Behinderung benachteiligt. Es reicht aus, dass für eine staatliche Maßnahme an der Behinderung – kausal – angeknüpft wird, und diese Maßnahme zu einer Benachteiligung führt.[133] Das Benachteiligungsverbot gilt nicht ohne Einschränkung. Eine rechtliche Schlechterstellung behinderter Menschen ist nur zulässig, wenn zwingende Gründe dafür vorliegen.[134]

Die Frage des Benachteiligungsverbotes wird vor allem im Zusammenhang der notwendigen Bereithaltung infrastruktureller Vorkehrungen für behinderte Menschen diskutiert, wie dies auch in der ersten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG der Fall war. In dieser Entscheidung[135] ging es um die Frage, ob der Träger einer allgemeinen Schule auch eine sonderpädagogische Förderung einrichten muss, oder ob es genügt, dass einem behinderten Schüler Unterricht in einer Sonderschule zur Verfügung steht. Nach den Äußerungen des Bundesverfassungsgerichts in diesem Fall[136] liegt eine Benachteiligung nicht nur bei Regelungen und Maßnahmen vor, die die Situation des behinderten Menschen wegen seiner Behinderung verschlechtern, indem ihm etwa der tatsächlich mögliche Zutritt zu öffentlichen Einrichtungen verwehrt wird oder Leistungen, die grundsätzlich jedermann zustehen, verweigert werden. Vielmehr kann eine Benachteiligung auch bei einem Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten durch die öffentliche Gewalt gegeben sein, wenn dieser Ausschluss nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Förderungsmaßnahme hinlänglich kompensiert wird. Wann ein solcher Ausschluss durch Förderungsmaßnahmen so weit kompensiert ist, dass er nicht benachteiligend wirkt, lässt sich nicht generell und abstrakt festlegen. Ob die Ablehnung einer vom Behinderten erstrebten Ausgleichsleistung und der Verweis auf eine andere Entfaltungsalternative als Benachteiligung anzusehen sind, wird regelmäßig von Wertungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und prognostischen Einschätzungen abhängen. Nur aufgrund des Gesamtergebnisses dieser Würdigung kann darüber befunden werden, ob eine Maßnahme im Einzelfall benachteiligend ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat also anerkannt, dass grundsätzlich ein Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten, die ansonsten nichtbehinderten Menschen zustehen, einen Grundrechtsverstoß darstellen kann, wenn nicht kompensierende Fördermaßnahmen bereitgestellt werden. Im vorstehend zitierten Sonderschulfall hat das Gericht festgestellt, es sei von Verfassung wegen nicht zu beanstanden, dass nach dem im betroffenen Bundesland verfolgten Konzept die zielgleiche wie die zieldifferente integrative Erziehung und Unterrichtung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen gestellt ist: [137]

> „Der Gesetzgeber ist deshalb, wenn er sich in seinem Regelungskonzept für das Angebot einer sowohl zielgleichen als auch zieldifferenten integrativen Beschulung entscheidet, verfassungsrechtlich nicht gehindert, die tatsächliche Verwirklichung dieser Integrationsformen von einschränkenden Voraussetzungen der hier in Rede stehenden Art abhängig zu machen. Ein Einschätzungsspielraum sowie der Vorbehalt des tatsächlich Machbaren und des finanziell Vertretbaren bestehen aber auch bei der Ausgestaltung des Regelungskonzepts durch den Gesetzgeber. Er ist durch Art. 2 I, 6 II 1 und 3 III 2 GG nicht verpflichtet, für das jeweilige Land alle Formen integrativer Beschulung bereitzuhalten. Im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit kann er vielmehr von der Einführung solcher Integrations-

[131] So das Bundesverfassungsgericht – BVerfGE 96, 288 (301) – noch vor Inkrafttreten des SGB IX, das das Schwerbehindertengesetz integriert hat, vgl. §§ 68 ff. SGB IX.
[132] Insgesamt zur verfassungsrechtlichen Problematik des Schutzes von Menschen mit Behinderung (Zacher 2001).
[133] Letzteres ist im Einzelnen noch streitig, dürfte aber überwiegende Meinung sein.
[134] BVerfG, Beschl. v. 19. Januar 1999 – 1 BvR 2161/94, NJW 1999, S. 1853 ff. (1855).
[135] BVerfGE 96, 288 = NJW 1998, S. 131 ff.
[136] BVerfGE 96, 288 = NJW 1998, S. 131 ff. (132).
[137] Wie Fußnote 103.

formen absehen, deren Verwirklichung ihm aus pädagogischen, aber auch aus organisatorischen, personellen und finanziellen Gründen nicht vertretbar erscheint. Voraussetzung dafür ist, dass die verbleibenden Möglichkeiten einer integrativen Erziehung und Unterrichtung den Belangen behinderter Kinder und Jugendlicher ausreichend Rechnung tragen."

Mit der letzteren Feststellung hat das Bundesverfassungsgericht die Grenze zum Förderungsgebot markiert.

Ein spezielles Förderungsgebot für behinderte Menschen ist im Grundgesetz noch nicht enthalten. Ein Förderungsgebot wäre dem Grundgesetz aber nicht fremd, wie die zum gleichen Zeitpunkt wie das Behinderten-Diskriminierungsverbot eingeführte Vorschrift zur Gleichberechtigungsförderung zeigt: „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin." (vgl. Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG). Unabhängig von dieser auf der Ebene des Verfassungsrecht zu lösenden Frage ist es schon jetzt dem einfachen Gesetzgeber unbenommen, fördernde Regelungen zu schaffen.[138] Im Übrigen könnte das Benachteiligungsverbot in seinem objektiven Gehalt auch als Gebot zur Vermeidung von Behinderungen durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verstanden werden (Welti 2001a: 2211; Caspar 2000: 139).

Überträgt man die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts speziell auf die Benachteiligungssituation demenziell erkrankter Menschen, so könnte ein Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten schon darin gesehen werden, dass diese Personen etwa aufgrund ihrer Verwirrtheit nur noch in engen räumlichen Grenzen mobil sein können. Die Einschränkung der Mobilität, die wiederum zu einer Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft führen kann, würde einen solchen Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten bedeuten. Eine fehlende Förderung von Restkapazitäten bei solchen Personen kann auch solche negativen Ergebnisse zeitigen. In Verfolgung der Argumentationslinie des Bundesverfassungsgerichts darf aber der Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen nicht bedeuten, dass das Grundrecht faktisch wegen dieses Vorbehalts ständig leer läuft. In der fraglichen Entscheidung ist das Bundesverfassungsgericht auf eine Situation gestoßen, in der ein Bundesland bzw. ein Schulträger bereits mehrere Formen von Entfaltungsmöglichkeiten für behinderte Schülerinnen und Schüler vorgesehen hat. Damit war ein Ausschluss von Entfaltungsmöglichkeiten nicht gegeben.

Dies bedeutet, dass für demenziell erkrankte Personen in Verfolgung des grundgesetzlichen Benachteiligungsverbotes für behinderte Menschen entsprechende Vorkehrungen getroffen werden müssen, um ihnen Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten zu bieten. Allerdings hat der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Regelungskonzeptes einen Einschätzungsspielraum und kann sich auf den Vorbehalt des tatsächlich Machbaren und finanziell Vertretbaren berufen. Der Gesetzgeber muss also mit anderen Worten in Berücksichtigung des in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG enthaltenen Benachteiligungsverbotes Vorkehrungen treffen, die auch demenziell erkrankten Personen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Weiter müssen – unter diesen Maßgaben – Vorkehrungen getroffen werden, mit denen die körperlichen und geistigen Einschränkungen ausgeglichen oder behoben werden. Das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)[139] setzt bei solchen ausgleichenden Maßnahmen an.

[138] Dies geschieht mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/7420.

[139] Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.3.3.

6 Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen

6.1 Einführung

Der Anteil älterer Menschen jenseits des 60. bzw. 65. Lebensjahres hat in den vergangenen 50 Jahren, zunächst in den industrialisierten Ländern, in bisher nie gekanntem Maße zugenommen. Derselbe Trend zeichnet sich inzwischen auch in den Entwicklungsländern ab. Im selben Zeitraum ist auch die Weltbevölkerung in noch höherer Zahl gewachsen. Beide Fakten zusammen bedeuten im Ergebnis, dass unsere Welt in wenigen Jahrzehnten von einer bisher in der Geschichte unerreicht hohen Zahl von alten Menschen bevölkert sein wird. Der Anteil Hochaltriger, also der Personen jenseits des 80. Lebensjahres, wird in den nächsten Jahrzehnten besonders stark anwachsen. Dies wird Auswirkungen auf das Konzept vom menschlichen Leben und Lebenslauf, auf das Miteinander der Generationen, auf die Ressourcenverteilung und auf die Familien- und Sozialpolitik haben.

Die Vorbereitung von Gesellschaft und Politik auf die anstehenden Probleme verläuft unterschiedlich. Auf der politischen Ebene hat man sich schon vor fast zehn Jahren um die Einholung von Sachverstand bemüht und eine Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und an die Politik“ eingerichtet (Deutscher Bundestag 1994). Diese Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages ist noch heute tätig. Auf der gesellschaftlichen Ebene, insbesondere in den Medien, werden die anstehenden Probleme häufig nur mit negativen Vorzeichen diskutiert. „Überalterung“ oder „Vergreisung der Bevölkerung“, „Rentnerlast“ oder gar „Krieg der Generationen“ sind mittlerweile plakative Formeln geworden, in denen Ängste und Befürchtungen zum Ausdruck kommen. Die Tatsache, dass es innerhalb dieses demographischen Wandels gerade die Zahl der Hochaltrigen ist, die bereits am stärksten zugenommen hat und in den nächsten Dekaden weiter wachsen wird, ist geeignet, die möglicherweise empfundene Bedrohungen des gesellschaftlichen Friedens zu verstärken, weil die höchsten Altersstufen besonders mit Vorstellungen von Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit besetzt sind. Demgegenüber kann die Bewunderung für Menschen, die ein so hohes Lebensalter erreicht haben, in den Hintergrund gedrängt werden. An dieser Stelle sei auf die Tabelle 1-1 in Kapitel 1 verwiesen, die die Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils Älterer und hochaltriger Menschen seit 1953 und in der Voraussage bis zum Jahr 2050 zusammenfasst. Deutlich ablesbar ist die abgelaufene und vorausgesagte Entwicklung am Altersquotienten. Der Altersquotient, der die Zahl der über 60-Jährigen auf jeweils 100 der 20- bis 59-Jährigen in der Bevölkerung angibt, ist zwischen 1953 und 1999 fast um das Eineinhalbfache gestiegen und wird sich bis zum Jahre 2050 wahrscheinlich auf das Zweieinhalbfache weiter erhöhen.

Altwerden und Altsein sind seit der Antike ambivalent betrachtet worden. Diese Ambivalenz hat in Selbstbeschreibungen und gesellschaftlich verankerten positiven und negativen Altersstereotypen vielfältigen Ausdruck gefunden, die ebenfalls in Kapitel 1 kurz dargestellt worden sind. Während der eine Pol der Sichtweise sich als Möglichkeit zur Freiheit von alltäglichen beruflichen, sozialen Verpflichtungen und Zwängen beschreiben lässt, stellt sich der andere Pol als unvermeidlicher Rollenverzicht, Abnahme der Entscheidungsspielräume, Einbußen an physischer und mentaler Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Belastung mit zumeist chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen und Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung durch andere dar.

Das Anwachsen der Zahl der Alten und Hochaltrigen hat zur Folge, dass sie in der Gesellschaft nicht mehr als einige wenige bewundernswerte Personen in Erscheinung treten, sondern zum „Massenphänomen“ werden. Es besteht die Sorge, dass damit die von der Gesellschaft zu tragenden Aufwendungen für die ältere Generation steigen werden. Dies kann von den Jüngeren auch als Konkurrenz um die Verteilung sozialer Positionen und Güter und damit als potenzielle Bedrohung empfunden werden, obwohl die innerfamiliären Beziehungen zwischen Jüngeren und Älteren auf der Ebene der gegenseitigen Hilfestellung und des finanziellen Austausches mehrheitlich im positiven Sinne erhalten sind und funktionieren (Kohli & Künemund 2000).

Der Zusammenhalt der Gesellschaft gründet sich auf stillschweigende und explizite ethische Regeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl in religiös bestimmten als auch in säkularisierten Gesellschaften Bereichsethiken existieren, die zueinander in Widerspruch geraten können (z. B. Individualethik, Sozialethik, unterschiedliche Berufsethiken). Dies hat zur Folge, dass in konkreten Situationen ethische Kompromisse gefunden werden müssen. Die strikte Durchsetzung ethischer Prinzipien läuft gerade in Konfliktbereichen Gefahr, Ungerechtigkeiten zu produzieren. Unerkannte und uneingestandene ambivalente Bewertungen von Konfliktsituationen sind zudem mit Unsicherheit über ethische Entscheidungen und der Gefahr radikaler Lösungen belastet.

Möglichkeiten der sozialen Partizipation und Integration sind im Alter von besonderer Bedeutung, wobei die jüngeren Alten noch stärker das Bedürfnis nach aktiver Partizipation haben, für die Hochaltrigen jedoch die Kompensation natürlicherweise reduzierter sozialer Kontakte und altersbedingten Rückzugs aus aktiver sozialer Partizipation im Vordergrund stehen muss. Dies schließt die Unterstützung familiärer, nachbarschaftlicher, wohlfahrtlicher und kultureller Angebote ein. Soziale Integration ist für die Lebenszufriedenheit alter Menschen mindestens so wichtig, wie die subjektive Gesundheit und der Ein-

kommensstatus. Sie fördert kognitive Funktionen und die Kreativität der Hochaltrigen. Hochaltrige Menschen, die intensive Kontakte zu ihrer beruflichen Umwelt erhalten haben, können noch wertvolle wissenschaftliche und kulturelle Leistungen vollbringen.

Der Vierte Altenbericht hat sich zum Ziel gesetzt, ein realistisches Bild der Hochaltrigkeit zu zeichnen und weder die Augen vor Risiken und Gefährdungen zu verschließen, noch Potenziale, die auch das Leben im höchsten Alter bietet, zu übersehen.

6.2 Gesellschaftliche Bewertung der Hochaltrigkeit

Wie bewertet die Gesellschaft die Hochaltrigkeit? Diese Bewertung ist zwiespältig und folgt im Grunde dem alten Muster: „Altwerden möchte ein jeder, aber dabei jung bleiben!“ Einer häufig negativen Bewertung in den Medien stehen Bevölkerungsbefragungen gegenüber, in denen mehrheitlich der Wunsch geäußert wird, alt zu werden. Die negativen Aspekte des Alterns werden vorwiegend bei anderen gesehen und weniger in die eigene Zukunftsperspektive integriert (Lynch 2000).

In der öffentlichen Diskussion über die Folgen des demographischen Wandels zeigt sich oft Rat- und Hilflosigkeit. Ein Beispiel hierfür bildet die zunehmend auch in der Öffentlichkeit geführte Diskussionen zum unterstützten Suizid bzw. zur Tötung auf Verlangen. Dies markiert am deutlichsten die Notwendigkeit der Einbeziehung und Fundierung einer integrierten „Altersethik“ in einen Kanon der Ethik des menschlichen Lebens insgesamt. Legt man den Betrachtungen die von Baltes u. a. entwickelte Theorie einer „inkompletten Architektur“ des menschlichen Lebens zugrunde, so überrascht es nicht, dass unsere Gesellschaft mit dieser Aufgabe gerade jetzt konfrontiert ist, obwohl die Wurzeln einer ethisch-philosophischen Rechtfertigung und Bewertung des Alters sich bis weit in die Antike verfolgen lassen. Kurz zusammengefasst besagt die Theorie folgendes (Baltes, P. B. 1997): Eine phylogenetisch-evolutionäre Optimierung des Alters kann es deshalb nicht geben, weil selektive Anpassungsmechanismen jenseits der generativen, d. h. Fortpflanzungsphase nicht wirksam werden können. Das Erscheinen des Alters im Lebensablauf ist deshalb von Anfang an ein Ergebnis der Zivilisation und Kulturbildung, die aber erst in dem Moment voll herausgefordert werden, als Altern und Hochaltrigkeit ihre Singularität verlieren und Teilbestandteil der durchschnittlichen Lebenserwartung werden. Weil dies erst seit wenigen Jahrzehnten der Fall ist, kann die Architektur des menschlichen Lebenslaufes noch nicht komplett entwickelt sein. Ein weitere Annahme dieser Theorie ist es, dass vorhandene kulturelle Unterstützungsmaßnahmen an Effizienz verlieren, je weiter die Lebenserwartung sich in das sehr hohe Alter ausdehnt, und deshalb neue Formen entwickelt werden müssen. Hierzu bedarf es neben intensiver Forschung des Erfindungs- und Entwicklungspotenzials aller Mitglieder der Gesellschaft.

6.3 Die Lebenssituation Hochaltriger

Die Lebenssituation Hochaltriger ist unter der Berücksichtigung wesentlicher Dimensionen im Kapitel 3 differenziert anhand existierender Daten beschrieben. Daraus ergeben sich zwei generelle Aussagen:

Erstens: Das von der gerontologischen Forschung entwickelte Konzept des differenziellen Alterns gilt auch für den vierten Lebensabschnitt. Hierunter wird verstanden, dass Altern kein gleichmachender Prozess ist, sondern eher zur Herausstellung biografischer, d. h. lebenslang angelegter Verschiedenheiten führt. Im Querschnittsvergleich ist auch bei Hochaltrigen die Verschiedenheit zwischen den Individuen (interindividuelle Varianz) sehr groß. Man findet – bei einem breiten Bereich kontinuierlichen Übergangs – höchst gesunde, aktive, ihr Leben selbstständig gestaltende Personen auf der einen Seite und auf der anderen Seite Personengruppen mit zunehmender Risikobelastung und Hilfsbedürftigkeit. Hierin liegt eine Quelle der ambivalenten Betrachtung von Alter und Hochaltrigkeit. Die interindividuelle Varianz ließ sich selbst bei 100-Jährigen hinsichtlich der Sozialkontakte, Offenheit und Einsamkeit feststellen.

Zweitens: In Kapitel 3.7 ist dargelegt, daß es die Häufung von unterschiedlichen Risiken ist, die das Leben im hohen Alter belastet und Hilfs- und Unterstützungsbedarf auslöst. Dies zeigt sich allein schon auf der medizinischen Ebene anhand des gleichzeitigen Auftretens mehrerer chronisch-körperlichen und psychischen Erkrankungen (Multi- und Komorbidität). So weisen 96 % der über 70-Jährigen mindestens eine und 30 % fünf oder mehr somatische und/oder psychische, behandlungsbedürftige Erkrankungen auf, wobei der höhere Multimorbiditätsgrad auch mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergeht. An der Spitze des Häufigkeitsspektrums stehen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen) sowie mobilitätseinschränkende Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dabei fällt in allen Untersuchungen auf, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung stets positiver ausfällt als die objektiven Untersuchungsbefunde, was nicht zuletzt als ein Indiz für auch im hohen Alter positive Lebenseinstellung gewertet werden kann. Dem entspricht die überraschend hohe Lebenszufriedenheit auch Hochaltriger selbst unter objektiv ungünstigen Lebensumständen, ein Phänomen, was auch als „Lebenszufriedenheitsparadox“ bezeichnet worden ist (siehe Berliner Altersstudie: Smith, J. et al. 1996: 516–519). Es ist wahrscheinlich das Ergebnis einer gegenüber Jüngeren anderen Kriteriensetzung bei der Einschätzung der eigenen Lebenssituation, aber auch von Anpassungsprozessen an eine veränderte Lebenssituation, eine Veränderung von Vergleichszielen und die Senkung eigener Ansprüche.

Die überraschende Stabilität der Lebenszufriedenheit bis in das hohe Alter darf auch als Ergebnis „psychologischer Widerstandsfähigkeit“ (Resilienz) den mit dem Alter unausweichlichen negativen Veränderungen gegenüber gesehen und als beträchtliche Ressource für Hilfs- und Unterstützungsangebote gewertet werden (Staudinger et al. 1996: 322–323). Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitseinschätzung zeigt sich parallel zur Zufriedenheit ebenfalls eine beträchtliche Stabilität bis in die höchsten Altersgruppen, trotz Verschlechterung der körperlich-

organischen und funktionellen Gesundheit. Es scheint sich hierbei um das Ergebnis zweier unterschiedlicher Vergleichsbewertungen zu handeln, die Ältere vornehmen: Eine positive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes ergibt sich aus dem Vergleich mit gleich alten Personen, während beim Vergleich zum eigenen Gesundheitszustand z. B. vor einem Jahr eher eine Verschlechterung gesehen wird. Das „Altern im Alter“ scheint zu einer Loslösung der innerpsychischen Vergleichsprozesse von den objektiven Gegebenheiten zu führen (Borchelt et al. 1996: 470 ff.).

Das subjektive Befinden und insbesondere die Funktionsfähigkeit bzw. deren Verluste sind neben der seelischen Verfassung und der sozialen Situation des älteren Menschen die maßgeblichen Faktoren, die gerade bei den Hochaltrigen die gesundheitsbezogene Dimension der Lebensqualität ausmachen. In diesem Zusammenhang kommt den Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen, krankheits- bzw. altersbedingter Immobilität und Störungen der Gleichgewichtsregulation sowie Einbußen des Gehörs und des Sehvermögens besondere Bedeutung zu. Neben diesen Faktoren sind es aber auch soziale Isolation und subjektiv empfundene Einsamkeit, die zu den Risikokonstellationen zu zählen sind, die wiederum in Wechselwirkung mit den verfügbaren finanziellen Ressourcen stehen.

Gerade in der Gruppe der Hochaltrigen finden sich häufig unzureichende Wohnbedingungen bzw. ein niedriger Wohnstandard als weiterer Risikofaktor, denn im Falle von Mobilitätseinschränkungen oder durch andere Ursachen ausgelöster Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind die Wohnbedingungen ein bestimmender Faktor für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen sogar, dass sozioökonomische Faktoren, gemessen am Sozialindex, einen starken Zusammenhang mit vorzeitiger Mortalität aufweisen. Die Risiken der Hochaltrigkeit treffen insbesondere Frauen; dies lässt sich vordergründig aber keineswegs ausschließlich aus der höheren Überlebenswahrscheinlichkeit des weiblichen Geschlechtes erklären.

Insgesamt sieht dieVierte Altenberichtskommission aufgrund der dargestellten Befunde die Hochaltrigkeit als eine gerade von den Nachfolgegenerationen sehr wahrscheinlich zu erwartende Lebensphase mit bedrohten Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Verletzbarkeit (Vulnerabilität) an. Dennoch gibt es für diese Lebensphase aber durchaus Möglichkeiten der autonomen und aktiven Lebensgestaltung,vor allem dann, wenn eine angemessene gesellschaftliche Unterstützung gewährt wird.

6.4 Grundlagen einer Ethik des Alterns

6.4.1 Ausgangspunkte

Langlebigkeit ist eine bei vielen Arten angelegte biologische Möglichkeit. Unterschiedliche Umweltbedingungen können allerdings erhebliche Unterschiede der durchschnittlichen Lebensdauer einer Art erzeugen. In menschlichen Gesellschaften führte die fortschreitende Zivilisation zu einer drastischen Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung. Zivilisation wird hier begriffen als ein Prozess der Verbesserung der Ernährung, der hygienischen, medizinischen und technischen Lebensbedingungen, der Ausschaltung unvorhersehbarer plötzlicher Todesursachen sowie der Einführung sozialer Sicherungssysteme. Zunehmende Langlebigkeit ist so gesehen der sichtbare Erfolg zivilisatorischer Bemühungen; sie ist keinesfalls etwas Unnatürliches, sondern biologisch als Möglichkeit angelegt. Anlage und Fähigkeit zur Entwicklung von Zivilisation und Kulturbildung sind zudem als natürliche Eigenschaften des Menschen zu betrachten. Nichtakzeptanz zunehmender Langlebigkeit der Menschen bedeutet Ablehnung des zivilisatorischen Fortschritts.

Alter und hohes Alter sind nicht zuletzt aus dem eben genannten Grund als ebenso natürliche Bestandteile des menschlichen Lebenszyklus zu begreifen und zu akzeptieren wie Kindheit, Jugend und mittleres Lebensalter. Ohne die Altersphasen bleibt das menschliche Leben in der Tat eine unvollendete Architektur und unser Lebensentwurf ein Fragment. Das Alter spiegelt unser individuelles Leben wider und bringt es ins Bewusstsein durch bilanzierende Rückschau. Darin gründet sich auch die Fähigkeit und die Chance, den eigenen Lebensentwurf zu vollenden und dem Leben auch im höchsten Alter Sinn zu geben.

6.4.2 Solidarität

Wie auch immer die Entwicklung menschlicher Gesellschaften, ihre Institutionen und Strukturen abgeleitet werden, sie sind ohne Solidaritätsprinzip nicht denkbar. Dieses Prinzip hat zwei Seiten: das Miteinander und das Füreinander. Das Miteinander ist leistungsorientiert, weil es Leistungen ermöglicht, die dem Einzelnen außerhalb der Gesellschaft nicht erreichbar wären. Das Füreinander entspringt aus dem Mitleiden mit der Not anderer, woraus der Appell zum solidarischen Handeln im Sinne der Fürsorge, der Unterstützung und Hilfeleistung erwächst. Diese Verpflichtung zur Solidarität ist in einem der zentralen Verfassungsprinzipien, dem Sozialstaatsprinzip, festgelegt.

Solidarität hat eine intra- und eine intergenerationelle Dimension (Caspar 2001). Die sozialethische Verpflichtung zum Ausgleich und zur Bewältigung von Armut und Krankheit ist eine Frage der intra- wie der intergenerationellen Solidarität. Das in der deutschen Krankenversicherung praktizierte Solidaritätsprinzip umfasst so mehrere Dimensionen: Die Gesunden haben die Folgerisiken der Kranken solidarisch mitzutragen. Dies gilt aber auch für die Kranken untereinander, leicht Kranke tragen die Risiken für schwer Kranke, befristet akut Kranke für langzeit chronisch Kranke mit; die mit Krankheit geringer belasteten jüngeren Generationen müssen die Lasten für die häufiger und länger erkrankten Alten mit tragen. Diejenigen Beitragszahler, die die Krankenversicherung finanziell geringer beanspruchen, tragen solidarisch die Lasten derjenigen, die die Leistungen dieses Systems finanziell höher in Anspruch nehmen. Der Ausgleich zwischen den

Generationen ist nicht zuletzt unter der Perspektive zu sehen, dass die jetzt Jüngeren, wenn sie alt geworden sind, dieselbe Solidarität von den nachrückenden Generationen erwarten müssen.

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung trifft die bisher als notwendig und als selbstverständlich anerkannte Solidarität zwischen den Generationen auf eine zunehmend prekäre Situation: Das Anwachsen der diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin, die Erwartung der Versicherten auf Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten sowie die systemeigenen Ineffizienzen des Krankenversicherungssystems bilden zusammen mit der verstärkten Inanspruchnahme dieses Systems durch eine alternde Bevölkerung eine als brisant empfundene Mischung. Im Kern geht es dabei um die – eher theoretische – makroökonomische Frage, welchen Anteil an der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung die Leistungen für Gesundheit, insbesondere der Leistungen der gesetzlichen Sicherungssysteme ausmachen sollen. Konkreter politisch wird diese Frage, wenn in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem Ausgabenzuwächse die Lohnnebenkosten ansteigen lassen, wie dies bei der deutschen ausgabenorientierten Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. In einem solchen ausgabenorientierten Einnahmesystem steht die Begrenzung der Ausgaben dann an vorderster Stelle politischer Prioritäten, wenn die Erhöhung der Einnahmen, d. h. der Beiträge als politisch und/oder ökonomisch inopportun erscheinen. Angesichts dieser Situation werden auch Stimmen laut, die die Ausgabenbegrenzung durch Leistungsbegrenzungen dadurch bewirken wollen, dass bei älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen bestimmte, hohe Kosten verursachende Leistungen nicht mehr bereitgestellt werden.

Die Problematik stellt sich also als eine doppelte dar: Ältere und hochaltrige Menschen nehmen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu anderen Gruppen bereits überdurchschnittlich hoch in Anspruch; dies trifft auf eine Situation der bereits bestehenden und als politisch anerkannten Notwendigkeit der allgemeinen Ausgabenbegrenzung im Krankenversicherungssystem. In der öffentlichen Berichterstattung und Diskussion wird immer wieder die Tatsache hervorgehoben, dass für die über 65-Jährigen der größte Anteil der Kosten, die durch Krankenhaus- und medikamentöse Behandlung entstehen, aufgrund der alterskorrelierten Multimorbidität aufgebracht werden müssen. Altersbegrenzungen teurer medizinischer Leistungen werden gefordert, diskutiert und an Einzelfällen stillschweigend wahrscheinlich auch schon praktiziert. Zur Begründung werden die Notwendigkeit der Investition in die Zukunft und damit in die Jüngeren sowie das Gerechtigkeitsprinzip angeführt. Das Letztere deshalb, weil in Zukunft fast alle Menschen, die geboren werden, sehr alt werden, Altersbegrenzungen daher die gesamte Population treffen und dadurch die moralisch problematische Selektion spezifischer Risikogruppen vermieden wird (Buchner et al. 2001).

Das Alter eines Menschen kann jedoch für sich genommen nicht als Kriterium für Leistungsbegrenzungen im Krankenversicherungssystem in Betracht kommen. Jede Bestimmung einer Altersgrenze müsste mangels eindeutiger biologischer Kriterien willkürlich festgelegt werden, und die große interindividuelle Variabilität von Leistungsfähigkeit und Krankheitsbelastung müsste negiert werden. Entscheidend ist, dass die verfassungsrechtliche geschützte Würde des Menschen nicht lebensphasisch teilbar ist.

Problematisch würde sich auch die Anwendung prognostischer Kriterien erweisen, wenn sie dazu führen würden, dass diejenigen, die am stärksten durch Multimorbidität krankheitsbelastet sind, wegen der schlechteren medizinischen Prognose und der Prognose einer begrenzten Lebensdauer am ehesten aus Leistungen des Krankenversicherungssystems auszugrenzen wären. Ein solches Vorgehen würde auch das Prinzip der Solidarität mit den Schwächsten tangieren. Alters- oder prognosebezogene Leistungsbegrenzungen mit ihren Effekten einer sozialen Euthanasie sind daher solidaritätsfremd: Sie verletzen die Menschenwürde.

Anders als im Krankenversicherungssystem, in dem sich intra- und intergenerationelle Solidarität vermischen, ist im deutschen Alterssicherungssystem bislang die intergenerationelle Solidarität stark dominierend. Dies bildet sich schon im Finanzierungsmodus der gesetzlichen Rentenversicherung, dem Umlageverfahren, ab, wonach die gegenwärtigen Beitragszahler, also die Erwerbstätigen, für die gegenwärtig gezahlten Renten aufkommen. Mit der jüngsten, aus dem Jahr 2001 stammenden Reform der Alterssicherung ergeben sich zukünftig Verschiebungen: Die staatliche – steuerliche – Förderung privater Vorsorge schafft eine intragenerationelle Solidarität zwischen den jetzt Erwerbstätigen mit Blick auf eine Verringerung intergenerationeller Solidarität zwischen den künftigen Rentnergenerationen und den künftigen Erwerbstätigen, denn die private Vorsorge soll zum Ausgleich künftiger geringer ausfallender Rentenzahlungen beitragen. Diese Verschiebung von Solidaritäten und die damit bezweckte partielle Verlagerung von Altersvorsorgeverpflichtungen auf das Individuum ist unter dem Blickwinkel das Anwachsens der älteren Bevölkerung und damit der Rentnerpopulation positiv zu beurteilen, trägt sie doch in maßvoller Weise dazu bei, die angesichts demographischer Veränderungen notwendigen neuen Gewichtungen im Verhältnis von kollektiver Solidarität und individueller Verantwortlichkeit herzustellen.

6.4.3 Schutz der Würde

Der im Grundgesetz verankerte Schutz der Würde des Menschen gilt uneingeschränkt für „jedes menschliche Wesen, unabhängig von seinem Entwicklungszustand, seiner Leistungsfähigkeit und seiner subjektiven und objektiven Zuständlichkeit...“ Sie besteht also für das menschliche Wesen von seiner Empfängnis bis zu seinem Tod, und zwar im Sinne des uneinschränkbaren Selbstwertes. Auf die Menschenwürde gründen sich das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person und die Gleichheit aller Menschen, die als Grundrechte und Wertmaßstäbe für das

ganze Recht gelten. Die in der Verfassung geschützte Würde des Menschen ist allen Individuen der Gattung unabhängig von Fähigkeiten, Leistung und Alter zu Eigen. Mit dieser Gattungswürde verknüpft ist es die Aufgabe eines jeden (die durchaus verfehlt werden kann), ein vernunftgeleitetes, sinnvolles und von sittlichen Prinzipien geleitetes Leben zu führen und so den Ansprüchen der Menschenwürde gerecht zu werden.

6.4.4 Autonomie

Eng mit der Menschenwürde verknüpft, hat die Autonomie in gegenwärtigen Diskussionen über die Ethik des Lebens, insbesondere auch über die Europäische Menschenrechtskonvention zur Bioethik, einen hohen Stellenwert. Eingriffe in die Freiheit zur Selbstbestimmung (Autonomie) werden bisweilen als eine grundsätzliche Verletzung der menschlichen Würde angesehen. Die Gewährleistung von Selbstbestimmung hat mittlerweile auch Eingang in die jüngere deutsche Sozialgesetzgebung gefunden, so in das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und in das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).

Dabei findet die Freiheit zur Selbstbestimmung dort ihre Grenze, wo sie die Freiheit anderer verletzt. In der Geschichte der philosophischen und politischen Aufklärung war der Kampf um Autonomie vor allem auf die Befreiung von herrschenden gesellschaftlichen und politischen Zwängen gerichtet und wurde somit zu einem zentralen Kern der Entwicklung moderner demokratischer Verfassung, die unter den politischen Systemen allein das Recht auf Freiheit und Selbstverwirklichung im Rahmen gesellschaftlicher Einbindung aufrechtzuerhalten vermag.

Die Garantie eines notwendigerweise begrenzten, aber dennoch möglichst umfangreichen Raumes autonomer Entscheidungen stellt wahrscheinlich die auf den Kern reduzierte Legitimation der Demokratie dar. Würde ist lebensphasisch unteilbar. Autonomie hingegen gilt am Anfang des Lebens sehr eingeschränkt, nimmt im Übergang von der Kindheit zur Jugend graduell zu und gilt nach Erreichen des Erwachsenenalters, wie diese Grenze auch immer willkürlich festgelegt sein mag, unter den Bedingungen geistiger Gesundheit uneingeschränkt bis zum Tode. Auch den Ergebnissen der modernen Alternsforschung sind keine Begründungen für eine zunehmende Begrenzung selbstbestimmter Entscheidungen zu entnehmen. Dies gilt auch für die Phase der Hochaltrigkeit, obwohl natürlich der individuelle Aktionsradius für die Ausführung und Umsetzung selbstbestimmter Entscheidungen durch alterns- oder krankheitsbedingte Einschränkungen der Sensorik und Motorik begrenzt sein kann. Eine Einschränkung oder Aufhebung autonomer Entscheidungsfähigkeit kann nur aufgrund psychischer oder geistiger Erkrankung erfolgen. Die gesetzlichen Voraussetzungen und Folgen sind für alle Phasen des erwachsenen Lebens gleich.

Unbeschadet des Prinzips der Fürsorge geht es im Verhältnis zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin um die Ablösung paternalistischer Bevormundung seitens des Arztes durch ein auf Information, Aufklärung, Fürsorge und einsichtsvolle Konsensbildung gekennzeichnetes Verhältnis. Dies bedeutet im Kern einen Ausgleich des Wissensgefälles zwischen dem Arzt als Spezialisten und dem Patienten als Laien, auch wenn dieser Anspruch nie völlig erfüllt werden kann. Auch hier wird der Anspruch auf Autonomie durch hohes Alter nicht eingeschränkt. Wohl aber sind vom Arzt für den Umgang mit Hochaltrigen besonderes Einfühlungsvermögen, Freiheit von negativen Altersstereotypen sowie besondere Kenntnisse und Erfahrungen gefordert. Ähnliches gilt in Analogie für alle in der Versorgung Tätigen.

6.4.5 Sinnhaftigkeit

Auch das Leben Hochaltriger ist individuell und für die Gesellschaft sinnvoll. Nicht nur, weil auch im Alter unter entsprechenden Bedingungen häufig Leben bei erträglichem leib-seelischen Wohlbefinden und sozialer Integration möglich ist und selbstbestimmt geführt werden kann, sondern auch, weil altes Leben gerade im Anblick des näher rückenden Endes personale Ernsthaftigkeit und Identität jenseits ökonomischer Nützlichkeit, Wert und Sinn in sich trägt. Für die Gesellschaft ist das Leben alter Menschen die notwendige Anwesenheit der Vergangenheit, von Mitmenschen, die in Weitergabe und Vergegenwärtigung von Erfahrungen nicht unter dem beherrschenden Gesichtspunkt ökonomischer Zwecke zu sehen sind. Alte und hochaltrige Menschen können in Familie und Gesellschaft in vielfältigen Formen helfend und vermittelnd tätig sein. Sie könnten es noch stärker als heute, wenn ihre unterstützende und fördernde Mitwirkung gesehen und angemessen gefördert würde. Diese Bedeutung hochaltrigen Lebens gilt trotz aller biologischen und sozialen Belastungen des Alters. Diese positive Sichtweise negiert keinesfalls die individuell höchst verschiedenen und häufig auftretenden Risiken, wie sie im Bericht beschrieben sind. Exemplarisch und für das Ganze menschenwürdigen Lebens – auch unter solchen belastenden Bedingungen – ist hochaltriges Leben nicht nur als „verrinnender Lebensrest“ für die noch Jüngeren als Teil der conditio humana bedeutsam. Es kann die Fähigkeit und Möglichkeit aufzeigen, auch an Grenzen der Belastung durch Krankheit und körperlichen Verfall, menschliches Leben sinnvoll zu führen und zu bestehen.

6.4.6 Gleichwertigkeit der Lebensphasen

Grundlage einer humanen Ethik ist die grundsätzliche Gleichrangigkeit aller Lebensphasen im Sinne eines biologischen, psychologischen und sozialen Konzeptes einer einheitlichen Lebenslaufentwicklung, aus welcher keine einzelne Lebensphase wegzudenken ist. Dies schließt eine Abwertung des Alters und der Hochaltrigkeit aus. Jede Lebensphase wird von der vorausgehenden bestimmt und hat die ihr eigentümlichen Lebens- und Daseinsaufgaben zu lösen bzw. zu bewältigen. Sie steht zugleich aber auch in der Verpflichtung zur Unterstützung und zum Austausch zwischen den Generationen. Aus beidem ergibt sich der Sinn jeder Lebensphase, auch für die des hohen Alters. Die gebotene Solidarität mit dieser besteht darin, die Hochaltrigen nicht ins Abseits zu drängen, ihnen ein gleichwertiges, möglichst uneingeschränktes

Leben zu ermöglichen, sie in das gesellschaftliche Leben einzubeziehen, eigene Aktivitäten zu unterstützen und vereinsamende Isolierung zu ersparen.

6.5 Folgerungen

Im Folgenden werden einige zentrale Felder beschrieben, auf denen Hochaltrige besonders auf Solidarität angewiesen sind.

6.5.1 Sicherung der materiellen Existenz

Vor wenigen Jahrzehnten war Armut im Alter, insbesondere bei Frauen, ein häufiges Problem. Dies ist heute dank der Sicherung und Anhebung der Alterseinkommen (Dynamisierung der Renten, eigene Rentenansprüche der zunehmenden Zahl erwerbstätiger Frauen) nicht mehr der Fall. Alle Eingriffe in das derzeitige und zukünftige Rentensystem müssen die zunehmende Langlebigkeit und die Sicherung altersgerechten Einkommens berücksichtigen, wenn Einkommenssicherung im Alter nicht wieder in großem Maßstab zur Aufgabe der Sozialhilfe werden soll. Es ergibt sich durchaus die Frage, ob bei zunehmender Lebensdauer und fragiler Arbeitsmarktsituation die Inanspruchnahme stärkerer Eigenverantwortlichkeit für die Alterssicherung eine Überforderung darstellt, jedenfalls für diejenigen, die erst spät oder nur phasenweise eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen oder aus anderen Gründen eine private Absicherung des Alterseinkommen nicht finanzieren können. Zu bedenken ist ferner, dass die Häufung von Risikokonstellationen Hilfs- und Unterstützungsbedarf in dieser Lebensphase auslösen kann. Die damit verbundenen unabdingbaren Eigenleistungen können das individuelle Einkommen in zunehmendem Maße belasten und zur Verarmung im Alter führen.

Zur Sicherung der materiellen Existenz gehört auch die Entwicklung und Realisierung von Wohnmöglichkeiten und Wohnstandards, die selbstständiges Leben auch in hohem Alter unterstützen und dadurch die Notwendigkeit subsidiärer Hilfsangebote zu reduzieren helfen. Individuelles Wohnen, Wohnen in selbst gewählten Gemeinschaftformen und „kollektives“ Wohnen (z. B. in einem Heim) sind prinzipiell gleichrangig zu bewerten. Unabhängig von der Form des Wohnens muss denn auch im hohen Alter das Recht auf Privatheit unangetastet bleiben. Für die kommunale Strukturplanung ist zu berücksichtigen, dass die sich abzeichnende Konzentration auf Einkaufszentren für die Güter des Alltags die Älteren nicht vollständig von Versorgungsmöglichkeiten abschneidet oder abhängig macht von zusätzlich zu finanzierenden Dienstleistungsangeboten.

Die ärztliche Versorgung im engeren und die medizinische Versorgung im weiteren Sinne umfasst Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und auch die palliativmedizinische Versorgung, die im hohen Alter von besonderer Bedeutung ist. Einschränkungen allein aufgrund des Alters sind in keiner Lebensphase ethisch vertretbar (Kanowski 1998: 127/128). Das im hohen Alter hohe Multimorbiditätsrisiko mit allen seinen Konsequenzen hochwertiger komplexer Diagnostik, Therapie- und Rehabilitationsplanung und palliativmedizinischer Versorgung verlangt sowohl unter humanitären als auch unter ökonomischen Aspekten im Gegenteil intensive Berücksichtigung in Forschung und Praxis der Medizin. Unbegründete Unterlassung notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ziehen auch bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten für den Arzt den Vorwurf des Behandlungsfehlers und der unterlassenen Hilfeleistung nach sich. Sie widerspricht der ärztlichen berufsethischen Verpflichtung, bestmögliche Hilfe ohne Ansehen der Person zu leisten. Versuche, diese Verpflichtung am Lebensende aufzuweichen, würde die Grundprinzipien der ärztlichen Ethik ernstlich infrage stellen.

6.5.2 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung findet für 90 % der Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung statt. In diesem Bereich hat sich in den vergangenen zehn Jahren eine zunehmende Verknappung der finanziellen Ressourcen in Relation zu den leistungsbedingten Ausgaben ergeben. Hierfür sind drei Faktoren maßgeblich:

- Fortschritte der medizinischen Forschung und ein deutlich ausgeweitetes Leistungsangebot.
- Bedingt durch den demographischen Wandel stärkere Inanspruchnahme der Leistungen für alte und hochaltrige Versicherte.
- Rückgang der Zahl der Beitragszahler.

Im Ergebnis hat dies zu einer Steigerung der leistungsbedingten Ausgaben und zu einer erheblichen Erhöhung der Beiträge geführt. Von einigen werden die Beiträge aus ökonomischer Sicht als nicht mehr steigerungsfähig angesehen. Mit den resultierenden Konsolidierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich auf Makro- und Mikroebene ethische Fragen der Verteilungsgerechtigkeit bzw. des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung. Im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel sind sie gegenwärtig ein wesentlicher Teilbereich der ethischen Diskussion in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen. Es resultieren daraus in erster Linie Forderungen nach Rationalisierungsmaßnahmen und nach Steigerung der Effizienz, Abbau von Missbrauch und geringen bzw. unwirksamen Leistungen.

Daneben wird aber immer wieder auch die Frage nach scheinbar unabweisbarer Rationierung laut, so z. B. ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen und Grenzen der Einsatz kostenträchtiger medizinischer Versorgung für ältere und insbesondere hochaltrige Menschen zu rechtfertigen ist. Es sei noch einmal unterstrichen, dass die Kommission Lebensalter und Krankheitsprognose als Kriterien für Leistungsbegrenzungen ethisch nicht für vertretbar hält. Die Leistungsbegrenzung gegenüber Alter und Hochaltrigkeit käme der Entsolidarisierung gegenüber einer zahlenmäßig zunehmend bedeutsamen Gruppe der Gesamtgesellschaft, im Prinzip einer „Aufkündigung des Generationenvertrages“ gleich (Lauter & Meyer 1992).

Die Altersmedizin ist im Wesentlichen mit chronischen unheilbaren Erkrankungen konfrontiert, von denen die verschiedenen Arten der Demenz und speziell die Alzheimer-Demenz nur – allerdings besonders belastende – Beispiele sind. Die bei ihrer Gründung überwiegend an der Versorgung von Akuterkrankungen ausgerichtete gesetzliche Krankenversicherung hat erst allmählich und gegen Ende des vorigen Jahrhunderts die Notwendigkeit der Absicherung langer und chronischer (teilweise über Jahrzehnte anhaltender) Erkrankungen zur Kenntnis genommen. Dies wird an den über 20 Jahre anhaltenden Auseinandersetzungen um Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und um die Einrichtung einer Pflegeversicherung deutlich. Gegenwärtige Überlegungen und Modelle, die Versorgung chronisch Erkrankter angemessener und effizienter zu gestalten, sind deshalb auch aus ethischen Gründen unbedingt zu fördern und zu unterstützen, weil das Ertragen und Bewältigen chronischer Erkrankungen zu den massivsten lang anhaltenden Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu rechnen sind und deren Lebenschancen massiv beeinträchtigt. Solidarität bewährt sich gerade im Umgang mit den am stärksten Belasteten.

Überlegungen zur Solidarität bieten sich auch an, wenn es um die Ausrichtung des Gesundheitssystems im Sinne der Verfolgung bestimmter Ziele geht. Zwar ist das deutsche Gesundheitssystem, wie es durch die dominierende gesetzliche Krankenversicherung gestaltet ist, vor allem an der Akutversorgung ausgerichtet. Künftig werden aber zunehmend auch andere Versorgungsziele konkurrieren: Die Verhütung von Erkrankungen (primäre Prävention), die optimale Behandlung eingetretener Erkrankungen und die Verhütung von Rückfällen bzw. Chronifizierung (sekundäre Prävention) und die Beseitigung von Krankheitsfolgen im Sinne der Rehabilitation bzw. die medizinische Begleitung und Betreuung nicht heilbarer chronischer Erkrankungen bis hin zur Palliativmedizin (tertiäre Prävention). Effizienzorientierte Bestrebungen in der aktuellen Gesundheitspolitik gehen von den Prioritäten in dieser Reihenfolge aus. Solche Priorisierungen dürfen jedoch das Solidaritätsgebot, insbesondere die Würdigung der Belastungsintensität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nicht außer Acht lassen.

Geht man vom Prinzip der Humanität, und das heißt der sozialen Solidarität mit den am stärksten belasteten und deshalb in der sozialen Konkurrenz schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft aus, so hätte die Versorgung und Betreuung langfristig chronisch schwer Belasteter Vorrang vor Rehabilitation, kurativer Behandlung und Prävention. Hieraus folgte aus ärztlicher Sicht der Vorrang intensiver Diagnostik und Behandlung manifester Krankheit und intensiver Rehabilitation zur Vermeidung des Übergangs in Chronifizierung und dauerhafte Behinderung. Die Prinzipien der Gerechtigkeit und Solidarität verlangen im Rahmen des Erreichbaren weiterhin, dass Krankheiten mit schweren Einbußen an psychischer und physischer Leistungsfähigkeit gegenüber solchen mit leichteren Folgen bevorzugt unterstützt werden müssten und ebenso Erkrankungen, die höhere Kosten verursachen als solche mit niedrigeren Kosten, die dem Einzelnen und den betroffenen Familien eher zuzumuten sind. Als Beispiel sei auf die Alzheimer-Demenz als Typus einer chronisch-langfristig fortschreitenden Erkrankung hingewiesen, die zur völligen Zerstörung der Persönlichkeit führt und schwere Belastungen der Familie nach sich zieht. In Anerkennung der Realität knapper Ressourcen bleibt es allerdings eine offene, bisher wenig diskutierte Fragen, welche Betreuungsaufgaben im Falle vor allem chronisch-fortschreitender Erkrankungen als nicht zu bezahlende Leistungen an die Gesellschaft einschließlich der Betroffenen und ihrer Angehörigen und deren individuelles karitatives Laienengagement zurückgegeben werden können. Das Postulat, Leistungsbegrenzungen nicht aufgrund des Lebensalters vorzunehmen, muss einhergehen mit dem Postulat, dass medizinische und pflegerische Versorgung Hochaltriger in gleicher Weise nach evidenzbasierten Wirksamkeitskriterien erfolgen sollte wie in jüngeren Altersgruppen. Vor diesem Hintergrund ist die Vernachlässigung der Forschung zur gesundheitlichen Versorgung Hochaltriger im Vergleich zur Versorgung jüngerer Altersgruppen aus ethischer Sicht ebenfalls nicht zu rechtfertigen.

6.5.3 Inanspruchnahme der Familie als Ressource der Versorgung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Menschen

Die Rolle der Familie und insbesondere das Gewicht der Belastung, die sie bei der Versorgung und Betreuung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Personen trägt, wird noch viel zu wenig wahrgenommen. Die Inanspruchnahme von Familienangehörigen (s. dazu auch Kapitel 4.2) wird in den gegenwärtigen formellen Versorgungsstrukturen schlicht vorausgesetzt. In der sozialen Pflegeversicherung ist dies mit einem programmatischen Satz auch Gesetzestext geworden: Die häuslichen Pflegeleistungen wirken nur ergänzend (§ 4 Abs. 2 SGB XI). In der gesetzlichen Krankenversicherung wird Behandlungspflege nur geleistet, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Den Familienangehörigen wird damit schon von Gesetzes wegen nicht nur die mit der Betreuung und Erziehung von Kindern verbundene Belastung zugeschrieben, sondern darüber hinaus auch die in der Sache meist schwierigere, mühsamere und beeinträchtigendere Aufgabe der Betreuung und Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zugemutet. Bisher ist kaum zu sehen, dass in unserer gesellschaftlichen Ordnung, in der in der jüngeren Vergangenheit ganz erhebliche Verbesserungen im Zusammenhang der Kindererziehung im Rahmen des Familienleistungsausgleichs erzielt worden sind, auch nur annähernd Vergleichbares für pflegende und betreuende Angehörige geschaffen worden ist.

Eine Ethik der gesellschaftlichen Verantwortung gerade auch für diesen Personenkreis wird kaum diskutiert. Während nach dem Konzept unserer Gesellschaftsordnung die Erziehung von Kindern zuvörderst Angelegenheit der Familie ist, wie es in Artikel 6 des Grundgesetzes

zum Ausdruck gebracht wird, gibt es für die Pflege und Betreuung von Angehörigen, gerade auch von demenziell erkrankten Angehörigen, keinen expliziten Auftrag an die Familie. Auch das familiäre Unterhaltsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches fordert solche Unterstützung von Familienangehörigen nicht. Trotzdem übernehmen Familien faktisch – zum Teil in außerordentlich großem Umfang – diese Belastungen. Die angemessene Unterstützung betreuender Familienangehöriger ist deshalb ein Gebot ethischer Verantwortung der Gesellschaft.

6.6 Hochaltrigkeit, Sterben und Tod

Hochaltrigkeit steht – als letzte Lebensphase – in enger Nähe zum Tod. Es gibt gute Argumente und empirische Hinweise dafür, dass im Alter und insbesondere im letzten Abschnitt des Alters die Angst vor dem Tod abnimmt oder sogar verschwindet, weil der Tod erwünscht erscheint, allenfalls die Furcht vor dem Sterbevorgang erhalten bleibt. Die vermeintlich und teilweise auch tatsächlich verbreitete Tabuisierung von Tod und Sterben in der Gesellschaft hat zu einer euphemistisch-mythischen Verklärung eines quasi natürlichen Todeswunsches am Ende des Lebens aus dem Gefühl einer Sättigung, des „Nun ist es genug“ heraus geführt. Gerade deswegen muss gegenwärtig bleiben, dass Todeswunsch und Todessehnsucht weit häufiger aus Leidenssituationen erwachsen, deren Ursachen zumeist in lebensbedrohlichen oder chronischen Erkrankungen zu suchen sind oder sich aus belastenden menschlichen Beziehungen sozialer Isolierung und Einsamkeit ergeben. Wie die Suizidforschung lehrt, stellt die Balance zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben fast immer einen labilen Zustand der Ambivalenz dar, der im Wechselspiel zwischen Hoffnung und Verzweiflung und unter dem Druck der Umwelt zur einen oder anderen Seite ausschlagen kann. Freie Willensbildung und autonome Entscheidung können außerdem durch psychische Erkrankungen bzw. psychische Komorbidität, z. B. Depressionen, erheblich beeinträchtigt oder aufgehoben werden. Dies ist zu berücksichtigen, wenn über Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen in einer finalen Lebenssituation über passive und aktive Sterbehilfe diskutiert wird.

6.6.1 Lebensverlängerung und Leidensminderung

Der in diesem Bericht vertretene Standpunkt, dass eine altersrelativierte Begrenzung ärztlich-medizinischer Maßnahmen ethisch nicht zu rechtfertigen ist, bedeutet andererseits keine unbedingte Verpflichtung, unaufhaltbar zu Ende gehendes Leben mit allen technisch möglichen, etwa intensivmedizinischen und operativen Mitteln zu verlängern. Die Maxime der internationalen gerontologischen Gesellschaft lautet: „To add life to years, not years to life“. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung hat ebenfalls nicht den natürlichen biologischen Alterstod zum Gegner, gegen den es anzukämpfen gilt, sondern zielt auf den Erhalt des durch Krankheit in seiner Fortexistenz bedrohten Lebens. Ein ethisches Problem ergibt sich in der Altersmedizin daraus, dass natürlich zu erwartender Tod und krankheitsbedingter Tod ununterscheidbar nah aneinander rücken können, woraus folgt, dass der ärztliche Auftrag zur Lebenserhaltung unter krankheitsbedingter vitaler Bedrohung durch die Nähe des biologischen Lebensendes immer stärker relativiert wird. Die in Deutschland und in der Schweiz publizierten ärztlichen Richtlinien zur Sterbehilfe erlauben den Verzicht auf intensivtherapeutische Maßnahmen, wenn durch diese nur das Leiden des Kranken verlängert würde, und sie erlauben palliativmedizinische Maßnahmen, z. B. die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, auch wenn hierdurch das Risiko einer Lebensverkürzung eingegangen wird.[140] Ausgangspunkt aller Überlegungen dürfen hier auf keinen Fall ökonomische Belange sein, sondern nur die individuellen Interessen und der Wille der Patientin bzw. des Patienten. Trotzdem sind hiermit nicht alle Konflikte gelöst, so wird z. B. kontrovers diskutiert, ob die artifizielle Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eine lebensverlängernde Therapiemaßnahme oder eine rein pflegerische Maßnahme ist, zu deren Fortführung Arzt und Pflegepersonal auch unter der Bedingung des „Gewährenlassens eines krankheitsbedingten Sterbeprozesses“ verpflichtet ist. Abbruch oder Unterlassung pflegerischer Maßnahmen sind weder ethisch noch juristisch zu rechtfertigen. Gerade dieses Problem spielt in der täglichen Versorgung von schwerst Demenzkranken eine erhebliche und für alle Beteiligten belastende Rolle, weil unter diesen Bedingungen kaum zu beurteilen ist, ob die Kranken unter Hunger und Durst leiden, bzw. die Ablehnung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einem Nichtkönnen oder Nichtwollen entspringt.

6.6.2 Aktive Sterbehilfe

Insbesondere durch die niederländische Euthanasiegesetzgebung ist auch in Deutschland die Diskussion um die aktive Euthanasie, auch die so genannte Alterseuthanasie und die Beihilfe zum Suizid trotz der noch lebendigen Erinnerung an die staatlich gewollte massenhafte Tötung von chronisch Kranken und Geisteskranken während der Zeit des Nationalsozialismus sehr verstärkt worden. Unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht und eine unerträgliche Notlage wird gefordert, die aktive Sterbehilfe straffrei zu stellen.

Die ethische Rechtfertigung einer Entwicklung in dieser Richtung erschiene der Kommission nur dann möglich, wenn man die im Grundgesetz geschützte menschliche Würde, die jedem Menschen als Mitglied der Gattung zusteht, relativieren und hochaltrigem und schwerkrankem Leben eine reduzierte Wertigkeit und eine geringere Schutzbedürftigkeit zusprechen würde. Fehlende Entwicklung entsprechender Hirnstrukturen bzw. deren Verlust infolge Krankheit sei „mit dem Fehlen bzw. Verlust des Personseins, das damit nur biologisch-menschliches Leben ist“, gleichzusetzen.

Menschliches Leben darf nie als Mittel zum Zweck (z. B. therapeutischer oder auch rein wissenschaftlicher Art) ge-

---

140 Grundsätze der Bundesärztekammer zur Strbebegleitung vom 11. September 1998, NJW 1998, S. 3406 ff.

braucht und verbraucht werden. Das verbietet es auch, Patientinnen und Patienten in Endphasen unheilbarer Erkrankungen, denen ein Weiterleben wegen entweder völlig verlorener Erlebnismöglichkeiten oder wegen nicht erträglicher Schmerzen nicht mehr sinnvoll erscheint und die entsprechende Wünsche äußern bzw. geäußert haben, mit ärztlicher Hilfe die Beendigung ihres Lebens zu ermöglichen. Die Gefährlichkeit einer solchen Orientierung wird spätestens dann erkennbar, wenn (wie z. B. in der Praxis der Niederlande) Lebensbeendigung bei Einhaltung vorgegebener formaler Kriterien auch dann ermöglicht wird, wenn die Kranken selbst sich nicht mehr äußern können oder zu eigener Willensbildung nicht mehr fähig sind, also z. B. bei schwer Demenzkranken.

Der geäußerte Wunsch nach dem Suizid stellt unter Belastungen durch schwere Krankheit den Wunsch nach menschlicher Zuwendung dar und entspringt vielfach nicht dem freien überlegten Entschluss. Daher wird mit Recht bei Suizidwünschen in der Regel eine Beistands- und Hilfepflicht des behandelnden Arztes zur Lebenserhaltung aufgrund des ärztlichen Behandlungsauftrags oder nach § 323c StGB angenommen. Die Rechtsprechung will mit der Bestrafung unterlassener Hilfe in solchen Fällen sozialer Kälte und Gleichgültigkeit gegenüber einem Suizidenten entgegenwirken und für Hilfe bei Isolierung und Verzweiflung sorgen. Ernst (1995) äussert hierzu, dass auch der Alterssuizid keinen ethischen Sonderfall darstellt: „Auch betagte Verzweifelte soll man nicht gewähren lassen, sondern man soll sie gleich wie junge Menschen auch gegen ihren momentanen Willen am unmittelbar drohenden Suizid hindern und ihnen eine Behandlung ermöglichen.“ In Fällen freilich, in denen eine Lebenserhaltung sinnlos und eine bloße Verlängerung von nicht bekämpfbarem Leiden erscheint, gibt es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines Lebens um jeden Preis. Maßnahmen zur Lebenserhaltung und Lebensbeendigung sind – so hat der Bundesgerichtshof festgestellt – nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie technisch möglich sind (vgl. Schreiber 1998).

In manchen Situationen hoffnungsloser Krankheit und schweren Leidens mag ein Verlangen nach aktiver Sterbehilfe verständlich sein. Man darf aber die Gefahren nicht übersehen, die mit einer solchen Zulassung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids gerade für Hochaltrige verbunden wären. Man darf auch nicht übersehen, dass in solchen Situationen das nicht mehr Mitleidenwollen oder -können der Umgebung oft ununterscheidbar in die Motivation der Beteiligten mit eingeht. In der Situation knapper werdender medizinischer Ressourcen kann der von einem Kranken geäußerte Wunsch nach Lebensbeendigung der Verzweiflung über ungenügende Versorgung und mangelnde Schmerztherapie und fehlende mitmenschliche Kontakte entspringen. Ernst (1995) hat mit Recht darauf hingewiesen, dass in Zeiten wirtschaftlicher Krisen die öffentliche Meinung und gesellschaftliche Institutionen entweder einen starken moralischen Druck hin auf eine freiwillige Entscheidung zur Lebensbeendigung durch Alter und Krankheit belasteter Mitglieder ausüben oder diese Entscheidung sogar durch Entzug finanzieller Ressourcen erzwingen.

Die Knappheit volkswirtschaftlicher Ressourcen war eines der tragenden Elemente in der Begründung zur staatlich organisierten Beseitigung „lebensunwerten Lebens“ in der Zeit des Nationalsozialismus, die Zwangssterilisation und Tötung gegen den Willen von Behinderten und chronisch Kranken zur Folge hatte. Ernst äußert die Besorgnis, dass die „Ethik der Lebenserhaltung“ durch eine „Ethik der Wirtschaftlichkeit“ ergänzt oder verdrängt wird. Kranke schwanken oft zwischen Hoffnungslosigkeit und Depression und Phasen der Hoffnung und des Lebenswillens. Häufig wird es schwer sein, auch nur einigermaßen sicher festzustellen, ob der Sterbewunsch einer momentanen Verzweiflung oder freiem unbeeinflussten Entschluss entspringt. Gerade schwer kranke Hochaltrige, die sich selbst zur Last sind, werden den Wunsch Angehöriger oder Pflegender, von der Last der Pflege befreit zu werden, als Frage an sie verstehen, wann endlich der Tötungswunsch geäußert werde. Es kann ein mittelbarer Druck gerade auf chronisch Kranke und schwer Leidende entstehen bei erheblicher Belastung der Pflegenden und im Hinblick auf hohe Kosten, doch sich „freiwillig“ zur „Lastenreduzierung“ durch den Tötungswunsch zu entscheiden.

Die Kommission ist sich bewusst, dass diese Positionen zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teilweise umstritten sind, und dass im Einzelfall andere Erwägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen zur Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu unterstützen sind.

7 Empfehlungen

Vorbemerkung

In den nachfolgenden, von der Sachverständigenkommission einstimmig beschlossenen Empfehlungen werden die wichtigsten Handlungserfordernisse benannt. Sie sind als Quintessenz der vorangegangenen Kapitel anzusehen, insbesondere der umfangreichen Kapitel 3, 4 und 5. Die Empfehlungen sollen eine rasche Orientierung darüber bieten, welche Veränderungen und Verbesserungen die Kommission im praktischen, im versorgungs- und sozialpolitischen und im gesetzlichen Handlungsfeld für besonders vordringlich hält. Die Kommission ist sich bewusst, dass sich in einigen Bereichen Überschneidungen mit Empfehlungen insbesondere des Dritten Altenberichts ergeben.

Die Empfehlungen folgen der inhaltlichen Gliederung des Berichts. Die detaillierten Begründungen zu den Empfehlungen sind den einzelnen Kapiteln zu entnehmen.

Empfehlungen zu den Berichtskapiteln

Empfehlungen zu Kapitel 2 „Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit, unter besonderer Berücksichtigung der Demenz"

1. Eine multidisziplinär angelegte Struktur der Hochaltrigkeitsforschung ist zu entwickeln. Für z. B. die Epidemiologie, Pflegewissenschaft, Molekulargenetik, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurowissenschaft, Psychologie, Soziologie, Ökonomie und Demographie sollte ein Programm zur Hochaltrigkeitsforschung ausgeschrieben werden, das auch den Informationsaustausch zwischen den Wissenschaftlern und die Verzahnung von Praxis und Forschung ermöglicht.

2. Wie die Befunde der Kommission zeigen, fehlt es an universitären gerontopsychiatrischen Einrichtungen, die der kompetente Ort für Demenzforschung wären. Die Kommission rät daher zur Einrichtung von Lehrstühlen für Gerontopsychiatrie analog zu Lehrstühlen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

3. Im Bereich der Demenzforschung besteht dringender Bedarf an Evaluations- und Wirksamkeitsstudien verschiedener Therapieformen und an Versorgungsforschung.Forschung zur Therapie der Demenz ist schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen zu fördern: (a) Evaluationsmethodik, insbesondere von Sozio- und Psychotherapiestudien unter besonderer Berücksichtigung von Therapiewirksamkeitskriterien; darüber hinaus sollten Evaluationsinstrumente für die Pflege Demenzkranker entwickelt werden; (b) Wirksamkeitsvergleichsstudien zwischen den Therapien; (c) Entwicklung optimierter medikamentöser und psychosozialer Therapien. Im Bereich der Versorgungsforschung ist die Entwicklung neuer Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei verschiedenen Schweregraden der Demenz, die Ermittlung optimaler Betreuungsformen für Demenzkranke und neuer nicht medikamentöser Therapieangebote bei Verhaltensauffälligkeiten zu fördern. Von besonderer Bedeutung für den Bereich der Hochaltrigkeit ist Forschung zu Besonderheiten des Erscheinungsbildes, der Pathogenese und des Verlaufs von Demenzen und zu Indikatoren des Wohlbefindens Demenzkranker bei Krankheitsbeginn in dieser späten Lebensphase.

Empfehlungen zu Kapitel 3 „Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters"

Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

4. Um zu vermeiden, dass der durch die gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckte Anteil an den Pflegekosten weiter sinkt und immer mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sind, wird eine regelmäßige Anpassung der Höhe der Pflegeversicherungsleistungen empfohlen. Dringend notwendig ist nach Auffassung der Kommission die Erhöhung der Pflegeversicherungsleistungen an pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe 2 und 3, da bei diesen die Deckungslücke am höchsten ist und sich in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet hat. Die Finanzierung dieser empfohlenen Leistungserhöhung kann durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Ausweitung der Bemessungsgrundlagen, eine Anhebung des Beitragssatzes und/oder durch Umschichtungen bei den verschiedenen Aufwendungen der Pflegeversicherung vorgenommen werden.

5. Haushalte, in denen Demenzkranke gepflegt werden, müssen finanziell stärker entlastet werden. Die Kommission begrüßt die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz eingeführten zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Angesichts der Kosten der Tagespflege und den hohen indirekten Kosten für pflegende Angehörige erscheint der Kommission die vorgesehene maximale Höhe der finanziellen Hilfe von 460 Euro je Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen der ambulanten und teilstationären professionellen Pflege aber als zu gering. Im Hinblick auf die Zielstellung, pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten, sollte diese finanzielle Leistung erhöht werden.

Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen

6. Neben einem Ausbau der personellen Hilfen und unterstützender Einrichtungen zur besseren und intensiveren häuslichen Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen wird eine gezielte Anpassung der Wohnung und des räumlichen Wohnungsumfeldes dieser Altersgruppe empfohlen. Gerade bei den Hochaltrigen erfordert dies eine

Intensivierung der Wohnberatung und eine bessere Einbindung von räumlichen Anpassungen in die Organisation der häuslichen Betreuung. So können in noch höherem Maße als bei den „jüngeren Alten“ Heimeinweisungen vermieden und Unfallrisiken verringert werden. Eine herausragende Wirkung von Anpassungsmaßnahmen bei Hochaltrigen besteht in einer Erleichterung der häuslichen Pflege und in einer Vermeidung bzw. Verlangsamung der Zunahme von Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung. Um solche Wirkungen zu erreichen, empfiehlt die Kommission folgende Schritte:

– Schaffung eines bundesweit flächendeckenden, dichten Netzes von Wohnberatungsstellen. Jeder ältere Mensch muss eine Wohnberatungsstelle erreichen können, d. h. in seiner Stadt oder seinem Landkreis. Dies erfordert eine erhebliche Erhöhung der Zahl von Wohnberatungsstellen. Diese müssen nicht eigenständig organisiert werden, sondern sollten Teil einer integrierten Beratungsstruktur sein (siehe Empfehlung Nr. 56).

– Bessere Information der älteren Menschen und deren Helferinnen und Helfer über die Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Wohnverhältnisse, aber auch über Alternativen hinsichtlich anderer Wohnformen. Gerade bei Hochaltrigen und ihren Angehörigen ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit besonders wichtig, um die Informationslücken und geringe Motivation zu Veränderungen auszugleichen.

– Anpassung und Ausweitung des Katalogs von förderfähigen baulichen Maßnahmen und von Hilfsmitteln. Hierfür ist eine Überarbeitung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ für die Förderung der Wohnumfeldverbesserungen für Pflegebedürftige nach § 40 SGB XI aus dem Jahre 1995 erforderlich, unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen der Wohnberatungsstellen (vor allem in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg). Darüber hinaus müssen zusätzliche Maßnahmen zur Demenzbewältigung berücksichtigt werden.

– Zur besseren bundesweiten Absicherung der Finanzierung von Wohnberatung wird – über die bestehende Möglichkeit der Finanzierungsbeteiligung der Wohnberatung anderer Träger aus den Verwaltungsmitteln der Pflegekassen hinaus – die Überarbeitung des Leistungskataloges des SGB XI vorgeschlagen mit dem Ziel, die vor Wohnumfeldverbesserungen notwendige Wohnberatung für Pflegebedürftige zu finanzieren bzw. mitzufinanzieren.

Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

7. Hilfen für hochaltrige Frauen und Männer, die nach dem Partnertod allein sind, sollten durch Beratung und Selbsthilfe optimiert werden. Das umfasst Kriseninterventionen, insbesondere in den ersten drei Monaten nach dem Partnerverlust, aber auch eine längerfristige gemeindenahe Unterstützung der verwitweten Personen. Hausärzten, Mitarbeitern von Sozialstationen und Seelsorgern kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Angebote der Selbsthilfe können helfen, Gefahren der Einsamkeit, gesundheitlicher Folgeschädigungen oder gar des Suizids abzuwenden. Die Wiedereingliederung in eine Gemeinschaft – Nachbarschaft, Gesprächskreis in der Kirche, Interessengemeinschaft, Ehrenamt – ist als sinnvolle Intervention zu werten und sollte durch die Altenhilfe auf kommunaler Ebene unterstützt werden.

8. Die Kommission empfiehlt, zur Prävention von Gewalt gegenüber hochaltrigen Menschen die politische Anti-Gewalt-Arbeit um das Thema Alter zu ergänzen. Die Problematik der Viktimisierung im Alter sollte weder vernachlässigt, noch dramatisiert werden. Auch wenn die Anzahl der alten Personen, die von Gewalt betroffen sind, möglicherweise klein ist, sollten soziale Hintergründe von Gewalt und die persönliche Verarbeitung von Opfererfahrungen öffentlich diskutiert werden.

9. Die Kommission empfiehlt, Forschungen zum Thema Gewalt im Alter zu fördern, um das Wissen in diesem Bereich zu erhöhen. An einer solchen Forschungsförderung sollten sich nicht nur die öffentlichen Mittelgeber beteiligen, sondern auch die Institutionen, in denen alte Menschen betreut und gepflegt werden.

Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im höheren Alter

10. Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch häufige chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus lassen sich durch Reduktion von Risikofaktoren und gesundheitsfördernde Maßnahmen in allen Altersstufen sowie durch frühzeitiges Erkennen und konsequente Behandlung von Risikofaktoren und frühen Erkrankungsstadien in erheblichem Umfang senken. Die Kommission empfiehlt, der Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersstufen einen größeren Stellenwert einzuräumen. Die Kommission empfiehlt insbesondere eine Stärkung der Bemühungen zur Intensivierung von Früherkennung und Gesundheitsvorsorge in der hausärztlichen Versorgung. Der Stellenwert präventiver und rehabilitativer Maßnahmen in der Ausbildung sollte gestärkt und in der Umsetzung durch geeignete Anreize gefördert werden.

11. Für eine verbesserte Bedarfsplanung im Gesundheitswesen ist es angesichts des rasch wachsenden Anteils der Hochaltrigen unerlässlich, bestehende Datenquellen (z. B. Daten der Kranken- und Pflegeversicherung, Krankheitsregisterdaten) auch für die Gruppe der Hochaltrigen nach Alter, Geschlecht und Region differenziert aufzuarbeiten. Bei dieser Aufarbeitung ist der im Alter häufig anzutreffenden Multimorbidität adäquat Rechnung zu tragen.

12. Zur Beobachtung und Bekämpfung chronischer Erkrankungen im höheren Lebensalter ist der Aufbau aussagekräftiger epidemiologischer Morbiditätsregister voranzutreiben. Solche Register bestehen derzeit nur regional begrenzt, vielfach unvollständig und teilweise unter explizitem Ausschluss der älteren Bevölkerung für einige wenige Erkrankungen (z. B. Krebs, Herzinfarkt). Es sind

die gesetzlichen (u. a. datenschutzrechtlichen), infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine für epidemiologische Register hinreichende vollständige Registrierung für wichtige chronische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs, Demenz) unter Einbeziehung der Gruppe der Hochaltrigen zumindest in ausgewählten Modellregionen erlaubt.

13. Die Hochaltrigen wurden aus der Mehrzahl epidemiologischer und klinischer Studien (einschließlich nationaler Gesundheitssurveys) bislang explizit ausgeschlossen. In der Folge wurden und werden Befunde aus Studien an jüngeren Altersgruppen vielfach ungeprüft auf das höhere Lebensalter übertragen. Diesem Mangel an empirischer Evidenz sollte durch spezielle Förderung epidemiologischer und klinischer Forschung bei Hochaltrigen gezielt begegnet werden. Insbesondere für die Optimierung der medikamentösen, psychosozialen und pflegerischen Behandlung Hochaltriger sowie die Anpassung von Therapierichtlinien an die speziellen Bedürfnisse Hochaltriger werden entsprechende Studien unter Einbezug von Hochaltrigen dringend benötigt.

Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz

14. Die Kommission hält eine breite Aufklärung über normale und pathologische Veränderungen der kognitiven Funktionen im Alter, über wirksame präventive Maßnahmen, über das Wesen der Demenz, den Umgang mit Demenzkranken, die therapeutischen Möglichkeiten und über bestehende Hilfs- und Versorgungsangebote für notwendig.

15. Bereits jetzt gibt es über eine Vermeidung und Behandlung von Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen begrenzte Möglichkeiten einer Prävention vaskulär bedingter Demenzen. Für weitergehende Präventionsmöglichkeiten insbesondere der Alzheimerkrankheit bestehen dagegen noch erhebliche Forschungsdefizite, denen mit entsprechender Förderung gezielt entgegen gewirkt werden sollte. Zwischenzeitlich sind größtmögliche Anstrengungen im Hinblick auf eine Optimierung der Versorgung demenzkranker Personen zu unternehmen.

16. Folgende Maßnahmen, die in der Praxis erfolgreich zur Prophylaxe negativer Folgen der Demenz angewandt werden, sollten in die Liste der Heil- und Hilfsmittel aufgenommen werden: Gabe von Zusatznahrung, Hüftprotektoren, Sturzhelme, Antidekubitusmatratzen oder -betten (bei bettlägerigen und kachektischen Kranken). Es darf nicht hingenommen werden, dass Krankenkassen eine Antidekubitusmatratze erst nach Entstehung eines Dekubitus genehmigen.

17. Sinnvoll wäre die freiwillige Ausstattung Demenzkranker mit „Patientenpässen", die die wichtigsten Informationen enthalten über: durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Medikation, Verhaltensauffälligkeiten und andere pflege- und versorgungsrelevante Merkmale. Es ist allerdings darauf zu achten, dass gerade auch bei Demenzkranken die Gebote der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes eingehalten werden.

Empfehlungen zu Kapitel 4 „Interventionen – Strukturen und Strategien"

Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger

18. Zurzeit werden die öffentlichen Leistungen an die Familie vor allem auf die Kindererziehung konzentriert, während die Leistungen der Familie, der Angehörigen und der freiwillig Engagierten bei der Unterstützung, Betreuung und Pflege der älteren Generation trotz der mit der Einführung der Pflegeversicherung bewirkten Anerkennung der informellen Pflegetätigkeit eher in den Hintergrund geraten. Aber auch solche Leistungen sollten gesellschaftlich und sozialpolitisch stärker anerkannt werden. In einer gesellschaftlichen Debatte sollten auch die sich aus dem Strukturwandel der Bevölkerung, der Familien und der Arbeitswelt und den kulturellen Veränderungen ergebenden Probleme und Konflikte der innerfamiliären Unterstützung, Betreuung oder Pflege alter Menschen berücksichtigt werden. Eine öffentliche Diskussion würde den betroffenen Familien signalisieren, dass sie in einer solchen schwierigen Lebensphase von der Gesellschaft nicht alleine gelassen werden. Dabei kommt den Medien eine besondere Rolle zu, den Konflikten in familialen Hilfe- und Pflegebeziehungen den Charakter des Tabus zu nehmen.

19. Pflegenden Angehörigen sollten aktuelle Informationen über Krankheitsprozesse im Alter zugänglich gemacht werden. Zudem sollten ihnen umfassende Informationen über Hilfs- und Entlastungsangebote innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen. Dazu gehören Informationen über Selbsthilfegruppen ebenso wie über wohnortnahe Betreuungssysteme. Hier sollten die Pflege- und die Krankenkassen sowie die Ärzteverbände ihren Verpflichtungen zur nutzerorientierten Transparenz des Gesundheitssystems endlich gerecht werden. Alle patientenbezogenen Informationen und Dokumentationen sollten so abgefasst sein, dass sie auch für Laien verständlich sind.

20. Die Unterstützung von Angehörigen sollte bereits mit Beginn einer häuslichen Pflegesituation einsetzen. Schon in frühen Phasen der Unterstützung alter Menschen durch ihre Angehörigen sollten professionelle und nicht professionelle Hilfen zur Unterstützung der Helferinnen und Helfer einbezogen werden. Belastungsprävention bietet die Chance, langfristig ein gemeinsames, häusliches Zusammenleben mit dem Kranken zu ermöglichen. Präventionsprogramme zum Erhalt der Gesundheit pflegender Angehöriger sollten in der angewandten Gesundheitsforschung entwickelt und von den Kommunen, Krankenkassen und Hausärzten umgesetzt werden.

21. Beratung für pflegende Angehörige sollte als ein Baustein von Präventionsprogrammen entwickelt werden. Im Rahmen von Beratungen sollten pflegenden Angehörigen allgemeine Strategien des Verhaltens im alltäglichen Umgang mit erkrankten und pflegebedürftigen Personen vermittelt werden. Diese Beratungskompetenzen sollten auch zum professionellen Basiswissen von Pflegekräften und Hausärzten gehören. Dieses Wissen sollte zukünftig sowohl ein wichtiger Baustein der Ausbildung, als auch der beruflichen Weiterbildung sein.

22. Sofern dies notwendig ist, sollte pflegenden Angehörigen psychologische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung ermöglicht und finanziert werden, um Aggressionen, Beziehungskonflikte und emotionalen Schmerz abbauen und verarbeiten zu können.

23. Die Vernetzung professioneller Hilfs- und Entlastungsangebote mit dem informellen Hilfssystem sollte befördert werden. Dabei kommt den Hausärzten eine entscheidende Rolle zu, da in der Regel pflegende Angehörige zu ihnen als erste Instanz Kontakt aufnehmen. Eine Vernetzung der professionellen mit den informellen Unterstützungssystemen setzt jedoch voraus, dass das professionelle System selbst zusammenarbeitet und patientenbezogene Informationen austauscht (siehe Empfehlungen Nr. 33 und 53).

24. Zur Entlastung von Angehörigen und anderen Pflegenden, die Demenzkranke versorgen, sollte eine Infrastruktur zur ambulanten gerontopsychiatrischen Tages- und Nachtpflege aufgebaut werden (siehe Empfehlung Nr. 35).

25. Die Bedingungen für die Vereinbarkeit der Anforderungen von Arbeitswelt und Lebenswelt müssen in Zukunft verbessert werden. Besondere Verantwortung tragen dafür die Sozialpartner (Arbeitgeber und Gewerkschaften) sowie die Politik. Dies gilt insbesondere für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, etwa durch freiwillige Erwerbspausen während der Berufsphase oder reduzierte Arbeitszeit. Dabei sollte Sorge getragen werden, dass die Berufstätigkeit gerade pflegenden Frauen ermöglicht wird.

26. Bislang tragen vor allem Frauen – Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter – die Belastungen der häuslichen Pflege. Es sollte angestrebt werden, die Aufgaben der häuslichen Pflege gerechter zwischen den Geschlechtern zu verteilen. Männer, vor allem Söhne und Schwiegersöhne, sollten ermutigt und unterstützt werden, verstärkt Aufgaben in der häuslichen Pflege zu übernehmen.

27. Forschung im Bereich der häuslichen Pflege sollte stärker gefördert werden, vor allem Evaluations- und Versorgungsforschung. Bedeutsame Themen sind die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit, (Nicht)Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen durch pflegende Angehörige, die Qualität ambulanter Pflegedienste und teilstationärer Angebote, die Entstehung konfliktbelasteter und gewalttätiger Pflegebeziehungen, die Veränderung von normativen Grundlagen intergenerativer Pflege sowie die Pflegebereitschaft der erwachsenen Enkelgeneration.

Außerfamiliale soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement

28. Durch rechtzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Förderung individueller, nachbarschaftlicher und gruppenbezogener Selbsthilfe, sowie durch verstärkte Angebote zur Qualifikation für freiwilliges Engagement im Rahmen des Bildungsurlaubes kann das Potenzial des freiwilligen Engagements gestärkt werden. Organisierte Nachbarschaftshilfe und unterschiedliche Formen der Besuchsdienste sollen (weiter)entwickelt und gefördert werden. Freiwillig Engagierte spielen eine wichtige Rolle bei der Betreuung und Versorgung Hochaltriger. Sie sollen:

– generell Aufwandsentschädigung und Unfallversicherungsschutz erhalten und die eigenen Aufwendungen für die Aus- und Fortbildung steuerlich absetzen können;
– öffentliche Nahverkehrsmittel kostenlos nutzen können und freien Eintritt (z. B. in Museen, Theater, Schwimmbäder) erhalten, wenn sie hilfsbedürftige Menschen begleiten;
– bei offiziellen Anlässen eingeladen werden, um so die Bedeutung ihrer Arbeit zu verdeutlichen.

Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger

29. Auch für Hochaltrige nimmt die Nutzung des Automobils als Verkehrsmittel eine besondere Rolle ein. Es bietet für aktive Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer ein wichtiges Instrument zur Kompensation nachlassender Mobilität, birgt aber bei gleichzeitig pathologisch abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit ein erhebliches Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Bei dem zu erwartenden Anstieg des Anteils hochaltriger aktiver Kraftfahrender bedarf es der Erarbeitung von aktuellen, wissenschaftlich fundierten Standards zur Beurteilung der Fahreignung. Die Aufklärung älterer Menschen hinsichtlich der Fahreignung im Alter sollte verbessert werden. Wünschenswert wäre die Einrichtung von niederschwelligen Beratungsangeboten, die ältere Menschen nicht nur für dieses Thema sensibilisiert, sondern ihnen konkret die Möglichkeit zur Überprüfung ihrer Fahreignung bieten.

30. Es gibt mehrere Ansätze zum Einsatz von Technik im Bereich der Betreuung Demenzkranker. Dabei muss allerdings festgestellt werden, dass zwar auch multidisziplinäre und multinationale Projekte durchgeführt werden, aber gerade hinsichtlich der Umsetzung im Alltag keine oder kaum wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vorliegen. Erforderlich sind anwendungsbezogene Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation in diesem Bereich. Dabei sollte dem steigenden Bedarf an derartiger Technik, den Erwartungen der Erkrankten und Pflegenden hinsichtlich der Bereitstellung von modernen Systemen, aber auch dem volkswirtschaftlichen Aspekt (neue Märkte für moderne Technologie) mehr Beachtung geschenkt werden.

Medizinische Versorgung

31. Bei der Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen ist der im hohen Lebensalter häufig vorliegenden Multimorbidität verstärkt Rechnung zu tragen. Die bislang überwiegend auf medizinische Diagnosen ausgerichtete Orientierung der Versorgung ist hin zu einer stärker auf funktionelle Einschränkungen und Behinderungen und deren Verhütung ausgerichtete Orientierung weiterzuentwickeln bzw. zu ergänzen.

32. Eine wichtige Voraussetzung für eine noch notwendige Optimierung der gesundheitlichen Versorgung alter und hochaltriger Kranker ist eine Kette sinnvoll abgestufter Versorgungskonzepte, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungskonzepte integriert und die das Lebens- und Wohnumfeld so lange und so weit wie möglich als hauptsächliches Aktionsfeld begreift und achtet.

33. Die Hausärztinnen und Hausärzte bieten sich als Berater und Lotse in den komplizierten Systemen der medizinischen und sozialmedizinischen Versorgung an. Diese Funktion sollte weiter gestärkt werden. Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme des fachärztlichen Konsils deutlich zu intensivieren; dies gilt insbesondere für die Betreuung Demenzkranker (durch die Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Psychiatrie, Neurologie).

34. Unter Berücksichtigung der zu erwartenden zunehmenden Zahl an Hochaltrigen – und damit auch der Demenzkranken – ist ein weiterer Ausbau der stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung in Ergänzung zur allgemeinmedizinischen und allgemeinpsychiatrischen Versorgung notwendig.

35. Die teilstationäre Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist nach wie vor unzureichend, sowohl was die Tageskliniken als auch Tagespflegeheime betrifft. Restriktiver Handhabung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung ist entgegen zu wirken, insbesondere auch im Hinblick auf die Einführung des neuen fallpauschalierten Entgeltsystems im Krankenhaussektor und der damit zu erwartenden weiteren Verkürzung der Patienten-Verweildauer.

36. Der Aufbau Gerontopsychiatrischer Zentren (GPZ) bzw. gerontopsychiatrischer Versorgungsverbünde muss weiter gefördert werden. Den Besonderheiten ländlicher Regionen ist Rechnung zu tragen. Tagespflegeeinrichtungen dürfen Demenzkranke nicht ausschließen.

37. Unter der Bedingung verkürzter teilstationärer und stationärer Behandlungsdauern ist der Ausbau ambulanter geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation notwendig, wenn die häusliche Versorgung weiterhin Priorität haben und eine Zunahme der Einweisungen in Pflegeheime vermieden werden soll. Voraussetzung ist die Sicherung der Finanzierung.

38. Durch die Aufhebung der starren Teilung in ambulante und stationäre Bereiche soll den Pflegeeinrichtungen mit überwiegendem Anteil Demenzkranker unter anderem ermöglicht werden, neue Formen der ärztlichen Versorgung (z. B. durch Klinikambulanzen, eigene Fachärzte usw.) einzuführen und die Angehörigen an der Pflege und Versorgung der Kranken zu beteiligen

39. Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, bei der Aufnahme einer demenzkranken Person auch die pflegende angehörige Person (falls von ihr erwünscht) aufzunehmen, um dieser die weitere Betreuung des oder der Kranken während des Aufenthalts zu ermöglichen.

40. Für die Ermittlung der Fallpauschalen nach dem DRG-System in der Geriatrie ist eine Anpassung an die sich aus der Multimorbidität ergebenden Erfordernisse notwendig. Die funktionalen Behinderungen müssen ergänzend einbezogen werden. Des Weiteren steht die Lösung des Problems der Teilung von Fallpauschalen zwischen verschiedenen an der Versorgung beteiligten Institutionen an. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass viele Patienten durch Verlegung aus vorbehandelnden Kliniken in die Geriatrie gelangen.

41. Für die Aus- und Weiterbildung ist vordringlich: (a) die Einführung der Gerontopsychiatrie als festen Baustein in die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Altenpfleger und zum Krankenpfleger für die Psychiatrie; (b) der Aufbau einer qualitätsgesicherten berufsgruppenspezifischen Weiterbildung.

Pflegerische Versorgung

42. Das wegen der einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichts noch nicht in Kraft getretene Altenpflegegesetz ist aus Sicht der Kommission eine richtige und notwendige Maßnahme, um die sich verändernden Anforderungen in den Tätigkeitsfeldern der Altenpflege bereits in der Berufsausbildung zu berücksichtigen. Die Kommission hält eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung für unbedingt erforderlich, um die Qualität der Pflege und die Attraktivität des Berufs der Altenpflege zu erhöhen. Darüber hinaus sollte die mit der Reform des Krankenpflegegesetzes begonnene und derzeit stagnierende Weiterarbeit an einer generalistischen, einheitlichen Ausbildungsregelung dringend fortgesetzt werden.

43. Unabhängig von den gesetzlichen Grundlagen sollte ein Curriculum zur Weiterbildung von Pflegefachpersonen für gerontopsychiatrische Pflege entwickelt werden.

44. Die Kommission empfiehlt die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung. Insbesondere wird das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Länderministerien die Absolventen grundständiger Pflegestudiengänge als Pflegefachpersonen anzuerkennen und dieses im SGB XI (z. B. § 71 (3)) entsprechend zu formulieren. Darüber hinaus werden die Länder aufgefordert, die Hochschulen darin zu unterstützen, Master- oder andere weiterführende Studiengänge mit den Schwerpunkten gerontologische und gerontopsychiatrische Pflege einzurichten.

45. Für den Bereich der Qualität in der Pflege existieren nahezu keine bundesweit verbindlichen Standards. Es empfiehlt sich deshalb die Einrichtung einer nationalen unabhängigen Instanz, die als Forum zur Entwicklung und Formulierung dieser Standards dienen kann. Dies ist insbesondere in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger demenzkranker Personen wegen der besonderen Anforderungen an die Pflege und Betreuung dieses Personenkreises erforderlich.

46. Die Arbeitsablaufstrukturen in den Altenpflegeheimen sind im Sinne der Bezugspersonenpflege zu organisieren. Dies ist als Qualitätskriterium in die Qualitätsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) aufzunehmen.

47. Um den Ansprüchen an die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit der Bewohner umfassender gerecht werden zu können, muss auch in den Altenpflegeheimen ein multiprofessionelles Team, vor allem unter Einbezug der Physio- und Ergotherapie, vorhanden sein. Eine vertragliche Einbindung von Ärzten in Altenpflegeheime ist so zu gestalten, dass die ärztlichen Leistungen ebenso wie die Leistungen anderer Gesundheitsberufe in die Pflege und Versorgung integriert sind.

48. Der erforderliche Anteil der Pflegefachkräfte in stationären Altenpflegeeinrichtungen sollte sich jeweils nach der Art und dem Umfang der zu leistenden Pflege richten. Zu deren Bestimmung bedarf es eines analytischen Konzepts. Unabhängig davon darf die Fachkraftquote den Mindestwert von 50 % nicht unterschreiten.

49. In der stationären Altenpflege muss ein analytisches Personalbemessungsinstrument eingesetzt werden, das die Personalforderungen an der Pflegebedürftigkeit (Pflegediagnosen) der Betroffenen ausrichtet. Es sollte nicht nur die Quantität des erforderlichen Personals erfassen, sondern auch deren Qualifikation. Dieses ist entsprechend in das Heimgesetz aufzunehmen. Die derzeit verwendeten Verfahren zur Bemessung des Personals in Einrichtungen der Altenpflege sind empirisch nicht abgesichert (Personalrichtwerte, Personalanhaltszahlen). Daher ist die Anwendung analytischer Verfahren trotz inhaltlicher Kritik (z. B. PLAISIR) sinnvoll, solange kein nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen optimiertes Verfahren zur Verfügung steht. Das zuständige Bundesministerium wird aufgefordert, die Entwicklung besserer Personalbemessungssysteme zu fördern.

50. In der Pflegeforschung sind neben den bereits genannten Themen weitere Bereiche von vordringlicher Bedeutung:

– Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität insbesondere für die Pflege Hochaltriger,

– Untersuchung der Effektivität und Effizienz komplexer Versorgungsketten mit ausdrücklicher Einbeziehung des Erlebens der Pflegebedürftigen,

– Untersuchung der Effektivität fördernder Pflegemethoden und deren ökonomischer Folgen, vor allem als Evaluations- und Versorgungsforschung,

– Überprüfung der Vor- und Nachteile verschiedener Modelle häuslicher Pflegearrangements,

– Untersuchung der Effektivität unterschiedlicher Modelle von Lotsenfunktionen für chronisch Kranke und Pflegebedürftige.

Therapie der Demenz (siehe auch Empfehlungen Nr. 3 und 34 bis 36)

51. Die leitliniengestützten Therapien der Demenzen müssen ohne altersbegründete Rationierung zur Verfügung stehen. Die Verfügbarkeit der aktuell wirksamsten Therapie, die Gabe von Antidementiva, ist sicherzustellen. Kostenerwägungen sollten auch den Einsatz nebenwirkungsärmerer medikamentöser Therapie bei Verhaltenstörungen nicht einschränken. Zur Entlastung der Pflegenden müssen zudem Sozio- und Psychotherapie zugänglich sein.

52. Die psychiatrischen Krankenhäuser sollten ausreichend finanziert werden, um die notwendigen Standards der Behandlung Demenzkranker und anderer psychisch Kranker (Personalausstattung, leitliniengestützte Erfordernisse) zu gewährleisten. Insbesondere sollten in allen psychiatrischen Krankenhäusern die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) eingehalten werden. Die Schlechterstellung der Geronto- gegenüber der Allgemeinpsychiatrie bezüglich Arzt- und Psychologenstellen in der PsychPV wirkt diskriminierend. Die Behandlung älterer Menschen erfordert zumindest das gleiche Maß an Personalaufwand wie die Behandlung jüngerer Menschen. Die Messziffern sollten wenigstens auf das in der Allgemeinpsychiatrie vorgegebene Maß erhöht werden.

Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote

53. Die herrschende Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens erweist sich gerade in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger und demenziell erkrankter Personen als problematisch. Als Lösung dieses Problems bieten sich verschiedene Ansätze an:

– Es wird empfohlen, die Effekte einer Integration von Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, insbesondere in Richtung auf eine die Behandlungs- und die so genannte Grundpflege integrierende Versorgungsweise, die dringend fällige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege" und insgesamt die Förderung der rehabilitativen Aspekte der Pflege.

– Es sind regionale Vernetzungsformen mit räumlicher und konzeptioneller Verzahnung zu schaffen. Darin müssen sektorübergreifend pflegerische, ärztliche und therapeutische Leistungen sowohl von stationären Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, geriatrischen Akut- und Rehabilitationseinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen als auch vom ambulanten Bereich flexibel kombiniert und genutzt werden können.

– Es sind multiprofessionelle Netze im Bereich der ambulanten Versorgung unter Einbeziehung freiwillig Engagierter zu entwickeln. Diese müssen auch darauf ausgerichtet sein, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe im familialen Bereich zu erleichtern. Sie sollten auch als flexible Entlastungsangebote organisiert sein, die in akuten Notsituationen oder zur Sicherung und Auffrischung von erzielten Rehabilitationsergebnissen genutzt werden können.

54. Der Wechsel zwischen häuslicher und stationärer Pflege muss flexibler gestaltet werden können. Die Trennung zwischen Altenpflegeheim als ständigem Wohnort bis zum Lebensende und der Kurzzeitpflege als vorübergehender stationärer Versorgung von meist maximal vier Wochen bei der Verhinderung pflegender Angehöriger

muss durch zeitlich flexible Modelle ersetzt werden. Es sollte leichter möglich sein, Pflegebedürftige vorübergehend auch länger als vier Wochen stationär aufzunehmen.

55. Der Ausbau der ambulanten und stationären Hospizarbeit ist zu fördern. Die Aufnahme in stationäre Hospize darf sich nicht auf bestimmte Patienten, z. B. Tumorpatienten, beschränken.

56. Die Einrichtung einer „Integrierten Beratung“ unter kommunaler Trägerschaft zu den vorhandenen Hilfeangeboten ist nach Ansicht der Kommission dringlich. Die Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für alle Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln. Nach Auffassung der Kommission wäre es unsinnig, für jede Hilfeart eigene Beratungsstellen einzurichten. Diese Vielfältigkeit würde den Zugang nur noch mehr erschweren. In einer „Integrierten Beratung“ könnte allen Beratungsbedürfnissen unter einem Dach nachgekommen werden oder es wären die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt zu erreichen. Die einzurichtende „Integrierte Beratung“ sollte auch aufsuchend tätig werden können.

Empfehlungen zu Kapitel 5 „Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung ”

Zum Verfassungsrecht

57. Ein besonderes, im Grundgesetz zu verankerndes Benachteiligungsverbot für ältere, insbesondere hochaltrige Personen erscheint zurzeit nicht erforderlich. Es erscheint jedoch geboten, Untersuchungen über mittelbare gesetzliche Diskriminierungen und insbesondere über faktische Diskriminierungen durchführen zu lassen. Eine entsprechende Förderung sozialwissenschaftlicher und rechtlicher Untersuchungen sollte von den für Seniorenpolitik zuständigen Bundes- und Landesministerien vorgesehen werden.

58. Das verfassungsrechtliche Diskriminierungsverbot wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) erstreckt sich auch auf demenziell und chronisch erkrankte Personen. In Erfüllung dieses Grundrechts ist zu beobachten, ob dieser Personenkreis unmittelbar oder mittelbar verbotenen Diskriminierungen unterliegt. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versorgung.

Zum Zivilrecht

59. Das Erfordernis der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1904 BGB bei Entscheidungen des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen bedarf einer Überprüfung und einschränkenden Konkretisierung. In seiner gegenwärtigen Form greift es zu weit. Alle „normalen“, dem ärztlichen Standard entsprechenden Verfahren sollten aus dem vormundschaftlichen Genehmigungserfordernis herausgenommen; es sollte auf besonders risikobehaftete Maßnahmen beschränkt werden.

60. Für das rechtliche Institut der Betreuung ist erforderlich, dass eine vorläufige Anordnung der Betreuung auf eine begrenzte Frist ermöglicht wird, da häufig insbesondere in Krankheitssituationen dringlich Handlungsbedarf besteht und sich gerichtliche Anordnungsverfahren für die Betreuung bis zur definitiven Entscheidung über die Betreuung häufig in die Länge ziehen.

61. Die staatlich angeordnete Betreuung ist trotz des prinzipiellen Vorranges privater, selbstbestimmter Vorsorge des Betroffenen im Zweifel der neu gesetzlich eingeführten Vorsorgevollmacht vorzuziehen, da häufig Unklarheiten über die Wirksamkeit einer erteilten Vollmacht bestehen. Im Zweifel ist die Einrichtung einer Betreuung zu empfehlen.

62. Eine vorhandene, wirksame Patientenverfügung auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht hat im Zweifel Vorrang vor den Entscheidungen eines Betreuers.

Zum Strafrecht

63. Es bedarf keines so genannten Altenstrafrechts mit besonderen Regeln, etwa über die strafrechtliche Verantwortlichkeit und besondere Sanktionen für Hochaltrige. Die besonderen Probleme bei der Schuldfähigkeit sind jedoch zu prüfen.

64. Im Strafrecht sind Opferberatung und Opferunterstützung vor allem für Hochaltrige auszubauen.

Zum Sozialrecht

65. An der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI erweist sich die weithin fehlende Realisierung des Vorrangs der Rehabilitation vor ausschließlicher Pflege als problematisch und besonders kritisch. Damit fällt die für den Personenkreis der Hochaltrigen zentrale geriatrische Rehabilitation praktisch meist aus, weil sie in der Leistungskompetenz der gesetzlichen Krankenversicherung steht. Die Realisierung der geriatrischen Rehabilitation ist eine gesetzlich vorgesehene Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Deshalb hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) alle Möglichkeiten einer vorrangigen Rehabilitation zu prüfen. Verändert sich die Situation der Gewährleistung geriatrischer Rehabilitation nicht nachhaltig, ist eine Verschärfung der gesetzlichen Regelungen im Sinne eines Vorrangs der Ausschöpfung aller Rehabilitationsmöglichkeiten vor Gewährung von Pflegeleistungen einzuführen.

66. Die mangelnde Koordination von Sozialleistungen und der Leistungserbringung stellt auch für hochaltrige Menschen ein besonderes Problem dar. Die bereits gesetzlich verankerten Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften insbesondere im SGB IX, aber auch im SGB V, SGB XI und im BSHG müssen auf eine koordinierungs- und kooperationsbereite Verwaltungspraxis und Praxis der Leistungserbringer stoßen. Es empfiehlt sich daher, die Implementierung der jetzt schon vorhandenen Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in der Praxis wissenschaftlich zu begleiten, Umsetzungsprobleme zu eruieren und ggf. entsprechende Gesetzes- und Verfahrensänderungen zu bewirken. Diese Forschung soll von den jeweils zuständigen Bundesministerien, aber auch von den Sozialleistungsträgern und den Organisationen der Leistungserbringer gefördert werden.

67. Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) erweist sich der fehlende Einbezug der Pflegeversicherung in die Koordinierungsanliegen des SGB IX als problematisch. Daher ist das SGB XI in dieser Hinsicht ebenfalls unter die entsprechenden Maßgaben des SGB IX zu stellen.

68. Der Behindertenbegriff im SGB IX enthält ein auf das Lebensalter bezogenes Kriterium (lebensalterstypische Funktionsbeschränkung). Es ist zu beobachten, ob dieser Bezug auf das Lebensalter in der Praxis zur Versagung von Sozialleistungen für ältere, insbesondere für hochaltrige Menschen führt. In diesem Fall sollte auf dieses Merkmal der Lebensalterstypik im Behinderungsbegriff des SGB IX verzichtet werden.

69. Hochaltrige Personen, deren sozialer Schutz bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit außerhalb des Sozialversicherungssystems oder der Sozialhilfe und damit nicht im Rahmen des Sachleistungsprinzips, sondern im Rahmen eines Kostenerstattungsprinzips (z. B. für öffentlich Bedienstete durch die Beihilfe, oder bei privaten Versicherungsverträgen) besorgt wird, benötigen häufig Unterstützung bei der Bewältigung der Abrechnungen mit den Kostenträgern und bei der Durchsetzung ihrer Rechte gegenüber den Leistungserbringern. Solche Unterstützung ist bisher nicht vorgesehen. Sie kann aber durch eine Intensivierung des Verständnisses einer dienstleistenden Verwaltung (bei den Beihilfestellen) bzw. eines kundenfreundlichen Unternehmens (bei den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen) dadurch geboten werden, dass diese sich nicht nur als Abrechnungsstellen, sondern auch als beratende und unterstützende Stellen verstehen.

70. Das begrenzte Leistungskonzept der Pflegeversicherung (SGB XI) stellt sich nicht nur für den Kreis der Demenzkranken als besonders problematisch dar. Nach dem gegenwärtigen rein verrichtungsorientierten Begriff der Pflegebedürftigkeit führt der Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung vor allem in der häuslichen Pflege nicht zu Leistungen aus der Pflegeversicherung. Um insbesondere auch Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung für ihren Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zu gewährleisten, ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI entsprechend zu erweitern. In der selektiven Definition des § 14 SGB XI wird Pflegebedürftigkeit mit der geleisteten Pflege in ausgewählten Hilfesituationen gleichgesetzt. Deshalb ist zu überlegen, ob im SGB XI allgemein ein weiterer als der bisher verwendete enge Begriff der Pflegebedürftigkeit einzuführen ist, damit deutlich wird, dass Pflegebedürftigkeit für die pflegebedürftige Person zu einem quantitativ und qualitativ weiteren Bedarf führen kann, als bisher in § 14 SGB XI zum Ausdruck kommt.

71. Über die Leistung der Altenhilfe (§ 75 Abs. 1 und 2 BSHG) ist hinsichtlich der praktischen Umsetzung nichts bekannt. Da diese Vorschrift wichtige Hilfen insbesondere bei der Beratung in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste vorsieht, könnte diese Leistung auch dazu genutzt werden, problematische Schnittstellen im Wege der Schaffung von Beratungsangeboten zu entschärfen. Voraussetzung für eine den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechenden Anwendung dieser Vorschrift ist eine Bestandsaufnahme der Implementierung dieser Vorschrift in der Praxis, um ggf. auf dieser Grundlage bei den Sozialhilfeträgern auf Realisierung dieser Hilfeangebote dringen zu können. Es wird daher empfohlen, dass das für das BSHG zuständige Bundesministerium mit dem für die Altenhilfe zuständigen Bundesministerium entsprechende Erhebungen fördert.

Zum Heimgesetz

72. Auch mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes ist eine Anpassung insbesondere der heimvertraglichen Bestimmungen des Heimgesetzes an die vielfältigen Ausprägungen der faktischen vertraglichen Gestaltungen des Betreuten Wohnens nicht vorgenommen worden. Es ist abzuwarten, ob diese fehlende Anpassung nachteilige Auswirkungen für die Bewohner des Betreuten Wohnens hat. Es empfiehlt sich deshalb, die weitere Entwicklung der rechtlichen Situationen, insbesondere der Vertragsgestaltungen und ihrer Auswirkungen auf die faktischen Rechtsdurchsetzungsmöglichkeiten der Bewohner, auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Blickwinkel des Verbraucherschutzes begleitend zu beobachten. Dies hat im Wege sozialwissenschaftlicher Erhebungen zu geschehen, um auf dieser Grundlage ggf. das Heimgesetz entsprechend weiter zu entwickeln.

73. In Einrichtungen mit hochaltriger und gesundheitlich fragiler Bewohnerschaft können die gesetzlich vorgesehenen Mitwirkungsmöglichkeiten de facto eingeschränkt sein. Bei den entsprechenden Vorkehrungen für eine angemessene Realisierung der Mitwirkung auch in solchen Einrichtungen sind besondere Unterstützungen bei der Wahl des Heimbeirats angebracht. Insbesondere sollen die Heimaufsicht und der Heimträger darauf hinwirken, dass nicht sofort zum Mittel der Bestellung eines Fürsprechers gegriffen wird, sondern dass erst die Möglichkeit einer Wahl solcher Personen geprüft und ggf. durchgeführt wird. Bei der Heranziehung externer Personen ist darauf zu achten, dass diese neben ihrer Eignung auch einen Bezug zu der konkreten Einrichtung und ihrer Bewohnerschaft haben. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Vertreter von Seniorenorganisationen oder auch Angehörige von Heimbewohnern diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen erscheinen wegen möglicher Loyalitätskonflikte nicht für die Tätigkeit als Heimfürsprecher geeignet. Im Übrigen ist Heimbeiräten auch finanzielle Unterstützung bei Schulungen, Informationsaustausch und bei Heranziehung externen Sachverstands zu geben.

74. Es existieren keine sozialwissenschaftlichen Erhebungen zur Situation der Mitwirkung in Heimen. Weder ist das Verhältnis der Ausübung von Mitwirkungsrechten zur jeweiligen Bewohnerstruktur erforscht, noch liegen Untersuchungen über Wahlbeteiligungen oder über faktische Wirkungsmöglichkeiten des Heimbeirats vor. Aus diesem Grund sind insbesondere vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend solche Untersuchungen zu veranlassen und zu finanzieren.

75. Es fehlt an breit angelegten und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigten Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum Defizit bei der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden. Es bietet sich daher an, solche Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes zu veranlassen. Wenn aufgrund solcher Befunde strukturelle Mängel in der Heimaufsicht zu Tage treten, könnten sie auch dazu genutzt werden, zu einer Verbesserung der Heimaufsichtspraxis beizutragen. Da die für die Heimaufsicht zuständigen Länder bisher solche Erhebungen nicht durchgeführt bzw. nicht veröffentlicht haben, ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgefordert, solche Studien zu fördern.

76. Die Grundrechtsgewährleistung pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen war bereits 1978 Gegenstand der Befassung der Sozialrechtlichen Abteilung des 52. Deutschen Juristentages. Unabhängig von der Frage, ob eine Abschaffung von Heimen unter den gegenwärtigen Verhältnissen tunlich ist, bietet sich eine breitere politische Befassung mit diesem Problem im Zusammenhang dem Problem der Versorgung und der Teilhabe älterer und behinderter Menschen in und außerhalb von Einrichtungen an. Die Beauftragung der nächsten Altenberichtskommission mit diesem Thema könnte sich hierzu als geeignetes Instrument erweisen.

Empfehlung zu Kapitel 6 „Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen "

77. Die Kommission ist sich bewusst, dass die im Bericht dargestellte Position zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teilweise umstritten ist und dass im Einzelfall andere Erwägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen zur Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu unterstützen sind.

Literatur

Adler, C.; Wilz, G. & Gunzelmann, T. (1996): „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: Gesundheitswesen 58 (Sonderheft 2), S. 125–131.

Adler, G.; Ott, L. & Jelinski, M. (1993): Institutional respite care: benefits and risks for dementia patients and caregivers. In: International Psychogeriatrics 5 (1), S. 67–77.

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1994): Treating Pressure Ulcers. Rockville, MD (Pub. No. 94–0047).

Aguero-Torres, H. & Winblad, B. (2000): Alzheimer’s Disease and Vascular Dementia. Some Points of Confluence. In: Annals of the New York Academy of Sciences 903, S. 547–552.

Ahlert, U.; Altschiller, C. & Bäumerich, G. (Hrsg.) (1991): Heimkonzepte der Zukunft. Weiße Reihe. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Aichmüller-Lietzmann, G. (1998): Palliativmedizin in der Praxis – dargestellt am Beispiel der Palliativstation des Johannes-Hospizes in München. Münster: LIT-Verlag.

Aktion gegen Gewalt in der Pflege (1999): Für eine menschenwürdige Pflege. Bonn.

Aktion psychisch Kranke (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.

Aktion Psychisch Kranke e.V.; Deutsche Krankenhausgesellschaft & Spitzenverbände der Krankenkassen (1998): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 99. Baden-Baden: Nomos.

Albert, S. M. et al. (1999): Proxy-reported quality of life in Alzheimer’s patients: Comparison of clinical and population based samples. In: Journal of Mental Health and Aging 5, S. 49–58.

Alexander, G. E.; Furey, M. L. & Grady, C.L. (1997): Association of premorbid intellectual function with cerebral metabolism in Alzheimer’s disease: Implications for the cognitive reserve hypothesis. In: American Journal of Psychiatry 154, S. 165–172.

Allen, A. & Wheeler, R. (1998): Telepsychiatry Background and Activity Survey. In: Telemedicine Today 6, S. 34–37.

American Nurses Association (ANA) (1980): A Social Policy Statement. Kansas City, Missouri.

Andersen, K.; Launer, L J. & Ott, A. (1995): Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs decrease the risk of Alzheimer’s disease? The Rotterdam study. In: Neurology 45, S. 1441–1445.

Andersen, K.; Lolk, A.; Nielsen, H.; Andersen, J.; Olsen, C. & Kragh-Sorensen, P. (1997): Prevalence of Very Mild to Severe Dementia in Denmark. In: Acta Neurologica Scandinavica 96, S. 872–877.

Andres, G.; Bille, H. & Straub, F. (2000): Alzheimer: Eine Krankheit verstehen und annehmen. München, Jena: Urban & Fischer.

Annerstedt, L.; Gustafson, L. & Nilsson, K. (1993): Medical outcome of psychosocial intervention in demented patients: one-year clinical follow-up after relocation into Group Living Units. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 833–841.

Annerstedt, L.; Sanada, J. & Gustafson, D. (1996): A dynamic long-term care system for the demented elderly. In: International Psychogeriatrics 8(4), S. 561–574.

Anstey, K. & Christensen, H. (2000): Education, Activity, Health, Blood Pressure, and Apolipoprotein E as Predictors of Cognitive Change in Old Age: A Review. In: Gerontology 46, S. 163–177.

Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (1999): Krebs in Deutschland. Saarbrücken: Statistisches Landesamt.

Arbeitsgruppe Ulmer Modellvorhaben (2001): Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bie Alten- und Pflegeheimbewohnern. Erster Jahresbericht (Jahresbericht 2000). www.fitinjedemalter.de.

Arnold, M.; Lauterbach, K. W. & Preuß, K. J. (Hrsg.) (1997): Managed Care. Stuttgart, New York: Schattauer.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2001): Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft – Demenz. 2. Aufl. Köln: Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

ASTRID group (2000): A guide to using technology within dementia care. London.

Attias-Donfut, C. (2001): The Dynamics of Elderly Support. The Transmission of Solidarity Patterns Between Generations. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 9–15.

Auner, S. (2001): Wohnungsanspassung bei Demenz. Fachreferat auf der Jahrestagung der BAG Wohnungsanpassung am 15./16. Juni 2000 in Mainz. In: Handlauf – Fachblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung 7, S. 43–48.

Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der

gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin.

Backes, G. (1993): Frauen zwischen alten und neuen Alter(n)srisiken. In: G. Naegele & H.P. Tews (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 170–187.

Backes, G. (1996): Familienbeziehungen und informelle soziale Netze im sozialstrukturellen und demographischen Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 (1), S. 29–33.

Bagge, E.; Bjelle, A.; Eden, S. & Svanborg, A. (1991): Osteoarthritis in the elderly: clinical and radiological findings in 79 and 85 year olds. In: Annals of the Rheumatic Diseases 50, S. 535–539.

Baldwin, B. (1991): Fear of crime in the elderly. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 7, S. 146–151.

Balestreri, L.; Grossberg, A. & Grossberg, G.T. (2000): Behavioral and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. In: International Psychogeriatrics 12 (Suppl. 1), S. 59–62.

Ball, M. M.; Whittingtom, F. J. & Perkins, M. M. (2000): Quality of life in assissted living facilities: viewpoints of residents. In: Journal of Applied Gerontology 19 (3), S. 304–325.

Ballard, C.; O'Brien, J. & James, I. (2001): Quality of life for people with dementia in residential and nursing home care: The impact of performance on acitivities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. In: International Psychogeriatrics 13, S. 93–106.

Baltes, M. M. (1998): Frauen und Gesundheit im Alter. In: A. Kuhlmey, M. Rauchfuß & H. P. Rosemeier (Hrsg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive. Berlin: Trafo-Verlag Weist, S. 35–50.

Baltes, M. M. (1999): Die heutigen Generationen bauen die Straßen, auf denen die nächsten fahren: Über den Lebenslauf und die Zukunft des Alters. In: J. Delius (Hrsg.): In Memoriam Margret M. Baltes. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, S. 57–70.

Baltes, M. M.; Kindermann, T. & Reisenzein, R. (1986): Die Beobachtung von unselbständigem und selbständigem Verhalten in einem deutschen Altersheim: Die soziale Umwelt als Einflußgröße. In: Zeitschrift für Gerontologie 19, S. 14–24.

Baltes, M. M.; Neumann, E.-M. & Zank, S. (1994): Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. In: Psychology and Aging 9, S. 179–188.

Baltes, P. B. (1993): The aging mind: Potentials and limits. In: The Gerontologist 132, S. 458–467.

Baltes, P. B. (1997): Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. In: Psychologische Rundschau 48, S. 191–210.

Baltes, P. B. (1999): Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (6), S. 433–448.

Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (1999): The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. & Smith, J. (1999): Multilevel and systematic analyses of old age. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Hrsg.): Handbooks of theories of aging. New York: Springer, S. 153–173.

Barofsky, I. (2001): Health-related quality of life is the ultimate outcome of health care. In: Newsletter of the International Society for Quality of Life Research 6 (1).

Barth, W. et al. (1996): Coronary Heart Disease Mortality, Morbidity, and Case Fatality in Five East and West German Cities 1985–1989. Acute Myocardial Infarction Register Teams of Augsburg, Bremen, Erfurt and Zwickau. In: Journal of Clinical Epidemiology 49, S. 1277–1284.

Barthelme, G.; Garms-Homolova, V. & Polak, U. (1999): Belastungen in der ambulanten Pflege. In: R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Gierke & T. Klie (Hrsg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 235–243.

Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim: Juventa, S. 83–99.

Bartholomeyczik, S. (1997): Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29 (1), S. 5–13.

Bartholomeyczik, S. (1999): Anforderungen an die Qualität von Pflege und an die Qualifikation von Pflegenden. In: M. Häußler-Sczepan & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hrsg.): Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des BMFSFJ am 22. und 23. März 1999 in Leipzig., S. 31–37.

Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. Teil 1. In: Pflege Aktuell 5, S. 284–287.

Bartholomeyczik, S. (2002): Analyse des Pflegebedarfs Schwerstpflegebedürftiger im außerstationären Bereich. In: D. Schaeffer & M. Ewers (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker. Bern: Hans Huber.

Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – Zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege und Gesellschaft 5 (4), S. 105–109.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V. & Zegelin-Abt, A. (Hrsg.) (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Bartholomeyczik, S.; Ulmer, E.-M.; Linhart, M.; Schumann, G. & Tuschen, P. (1998): Analyse des Bedarfs an häuslicher und stationärer Pflege nach SGB XI – Auswertungen von Begutachtungsdaten des MDK in Hessen. In: H. Steppe, E. Ulmer, R. Saller, P. Tuschen & B. Weinand (Hrsg.): Pflegebegutachtung – besser als ihr Ruf? Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, S. 65–105.

Bass, D. M.; Mc Clendon, M. J.; Brennan, P. F. & Mc Carthy, C. (1998): The Buffering Effect of a Computer Support Network on Caregiver Strain. In: Journal of Aging and Health 10, S. 20–43.

Bassuk, S. S.; Glass, T. Y. & Berkman, L. F. (1999): Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. In: Annals of Internal Medicine 131, S. 165–173.

Battaglia, A.; Bruni, G.; Ardia, A. & Sacchetti, G. (1989): Nicergoline in Mild to Moderate Dementia: a Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. In: Journal of the American Geriatrics Society 37, S. 295–302.

Bauer, M. (1993): Versorgungsprobleme aus der Sicht der psychiatrischen Fachabteilung. In: H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): Psychische Krankheiten im Alter. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 472–479.

Bauer-Söllner, B. (1997): Lebensbewältigung nach Partnerverlust statt Vereinsamung und Resignation. In: L. Blosser-Reisen (Hrsg.): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern, Göttingen, Toronto: Huber Verlag, S. 131–150.

Baumann, A.; Filipiak, B.; Stieber, J. & Löwel, H. (1998): Familienstand und soziale Integration als Prädiktoren der Mortalität: eine 5-Jahres-Follow-up-Studie an 55 bis 74-jährigen Männern und Frauen in der Region Augsburg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 184–192.

Beck, B. (1997): Fallstudien über erwerbstätige Hilfe-/Pflegeleistende in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Kap. V. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 159–231.

Beck, B. (1998): Die Lebenssituation von erwerbstätigen Pflegenden – Ergebnisse qualitativer Untersuchungen. In: G. Naegele & M. Reichert (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: nationale und internationale Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 7. Hannover: Vincentz, S. 61–81.

Becker, C.; Lindemann, U.; Kapfer, E. & Nicolaus, T. (2001): Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. 2. Jahresbericht des Ulmer Modellvorhabens. Ulm.

Becker, C.; Walter-Jung, B. & Nikolaus, T. (2000): The Other Side of Hip Protectors. In: Age and Ageing 29, S. 186.

Becker, C.; Walter-Jung, B.; Scapan, K.; Kron, M. & Nikolaus, T. (1997): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von Stürzen mit proximalen Femurfrakturen in Alten- und Pflegeheimen. Ziele und Studiendesign einer populationsbasierten Untersuchung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, S. 293–297.

Becker, J. (1999): „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn": Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen. Afw-Arbeitshilfe Demenz II. Darmstadt: Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung im Elisabethenstift.

Becker, R. (1997): Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Bedard, M.; Molloy, D. W.; Bell, R. & Lever, J. A. (2000): Determinants and detection of low Body Mass Index in community-dwelling adults with Alzheimer's disease. In: International Psychogeriatrics 12, S. 87–98.

Bedard, M.; Molloy, D. W. & Lever, J. A. (1998): Factors associated with motor vehicle crashes in cognitively impaired older adults. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 12, S. 135–139.

Bedard, M.; Molloy, D. W. & Lever, J. S. (1996): Demented patients should not drive alone. In: Journal of the American Geriatrics Society 44, S. 9–12.

Beecham, J.; Cambridge, P.; Hallam, A. & Kanpp, M. (1993): The costs of Domus Care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 827–831.

Beers, M. H.; G., O. J.; Rollingher, I.; Reuben, D. B.; Brooks, J. & Beck, J. C. (1991): Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. In: Archives of Internal Medicine 151, S. 1825–1832.

Bellach, B.-M.; Knopf, H. & Thefeld, W. (1998): Der Bundesgesundheitssurvey 1997/98. In: Das Gesundheitswesen 60 (SH2), S. S59–S68.

Berger, K.; Kolominsky-Rabas, P.; Heuschmann, P. & Keil, U. (2000): Die Häufigkeit des Schlaganfalls in Deutschland. Prävalenzen, Inzidenzen und ihre Datenquellen. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 125 (1), S. 21–25.

Bergler, R. (2000): Gesund durch Heimtiere. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.

Berning, R. & Rosenow, C. (2001): Statistische Krankenhausdaten: Grund und Kostendaten der Krankenhäuser. In: M. Arnold, M. Litsch & H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer, S. 379–392.

Bertelsmann, A.; Knopf, H. & Melchert, H. U. (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey als pharmakoepidemiologisches Instrument. In: Das Gesundheitswesen 60 (SH2), S. 89–94.

Bertram, L.; Busch, R. & Spiegel, M. (1998): Paternal age is a risk factor for Alzheimer disease in the absence of major gene. In: Neurogenetics 1, S. 277–280.

Bickel, H. (1994): Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 136, S. 640–643.

Bickel, H. (1995a): Demenzen im Alter: Eine populationsbezogene Untersuchung von Verteilung, Versorgung und Risikofaktoren. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Forschung und Technologie.

Bickel, H. (1995b): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Medzinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 49–68.

Bickel, H. (1997): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 1–15.

Bickel, H. (1998): Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 193–204.

Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: H. Förstl, H. Bickel & A. Kurz (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 9–32.

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 108–115.

Bilsky, W.; Mecklenburg, E.; Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (1993): Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen. KFN-Opferbefragung 1992. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).

Birk, R. (2000): Altersdiskriminierung im Arbeitsrecht - kollisionsrechtlich betrachtet. In: J. Basedow (Hrsg.): Private Law in the International Arena – Liber Amicorum Kurt Siehr. The Netherlands: T. M. C. Asser Press, The Hague, S. 45–60.

Birks, J.; Grimley, E. J.; Iakovidou, V. & Tsolaki, M. (2000): Rivastigmine for Alzheimer's Disease. In: Cochrane Database Systematic Reviews 4 (CD001191).

Birks, J.; Melzer, D. & Beppu, H. (2000): Donepezil for Mild and Moderate Alzheimer's Disease. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD 001190.

Birren, J. E. (1959): Principles of research on aging. In: J. E. Birren (Hrsg.): Handbook of aging and the individual. Chicago: Chicago University Press, S. 3–42.

Birren, J. E. (1999): Theories of aging: A personal perspective. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Hrsg.): Handbook of theories of aging. New York: Springer, S. 459–471.

Bischoff, C. (1994): Ganzheitlichkeit in der Pflege. In: Mabuse 91 (Aug/Sep), S. 34.

Bischoff, C. (1996): Zum Ganzheitsbegriff in der Pflege. In: H. Krüger, G. Piechotta & H. Remmers (Hrsg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Posititonen. Bremen: Altera, S. 103–128.

Bischoff, S. (2000): Freiwilliges Engagement im Alter – Ergebnisse des „Freiwilligensurvey 1999". In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Freiwilligenaktivitäten von Hochbetagten und für Hochbetagte. Ein europäischer Vergleich. Dokumentation der Expertentagung des internationalen Rates für soziale Wohlfahrt. Köln, S. 33–34.

Blacker, D.; Haines, J. L.; Rodes, L.; Terwedow, H. & Go, R. C. P. (1998): ApoEA and age at onset of Alzheimer's disease. The NIMH genetic initiative. In: Neurology 48, S. 139–147.

Blain, H.; Balin, A.; Trechot, P. & Jeandel, C. (2000): The Role of Drugs in Falls in the Elderly. Epidemiological Aspects. In: Presse Medical 29, S. 673–680.

Blinkert, B. & Klie, T. (Hrsg.) (1999a): Pflege im sozialen Wandel. Freiburg: FIFAS.

Blinkert, B. & Klie, T. (Hrsg.) (1999b): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.

Blinkert, B. & Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags. Berlin: Enquête-Kommission Demographischer Wandel.

Bochnik, H. J. & Koch, H. (1990): Die Nervenarzt-Studie. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Boecken, W. (1998): Wie sollte der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand rechtlich gestaltet werden? Gutachten B zum 62. Juristentag in Bremen. München: Beck.

Boeger, A. & Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege 11, S. 319–323.

Boersma, P.; Van den Brink, W.; Deeg, D. J. H.; Eefsting, J. A. & Van Tilburg, W. (1999): Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14 (9), S. 748–753.

Böhm, E. (1985): Krankenpflege – Brücke in den Alltag. Erfahrungen mit der Übergangspflege. Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag.

Bonita, R. (1993): Stroke Trends in Australia and New Zealand: Mortality, Morbidity, and Risk Factors. In: Annals of Epidemiology 3, S. 529–533.

Boonen, S.; Broos, P. & Haentjens, P. (1999): Factors Associated With Hip Fracture Occurrence in Old Age. Implications in the Postsurgical Management. In: Acta Chirurgica Belgica, S. 185–189.

Borchelt, M.; Gilberg, R.; Horgas, A. L. & Geiselmann, B. (1996): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. 2 Aufl. Berlin: Akademie Verlag, S. 449–474.

Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (2001): Ambulante geriatrische Rehabilitation – Standortbestimmung und Perspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl. 1), S. 24–29.

Borscheid, P. (1989): Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Bots, M. L.; Grobbee, D. E. & Hofman, A. (1991): High Blood Pressure in the Elderly. In: Epidemiologic Reviews 13, S. 294–314.

Bould, S. & Longino, C. F. J. (1997): Women Survivors: The Oldest Old. In: J.M. Coyle (Hrsg.): Handbook of Women and Aging. Westport: Greenwood Press, S. 210–222.

Bowie, P. & Mountain, G. (1997): The relationship between patient behavior and environmental quality for the dementing. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 718–723.

Bowler, J. V.; Munoz, D. G. & Merskey, H. (1998): Factors affecting the age of onset and rate of progression of Alzheimer's disease. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 65, S. 184–190.

Bracker, M. (1990): Pflegezwang für Frauen. In: Dr. med. Mabuse 15, S. 38–41.

Bracker, M.; Dallinger, U.; Karden, G. & Tegethoff, U. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Wiesbaden: o. V.

Brandenberg, C. & Fahnenstich, H. (2000): Auf die richtige Diagnose kommt es an: Früherkennung von Gedächtnisstörungen in der Memory Clinic Essen. In: P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Brandstädter, J. & Greve, W. (1994): The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. In: Developmental Review 14, S. 52–80.

Brandstädter, J.; Wentura, D. & Greve, W. (1993): Adaptive Resources of the Aging Self: Outlines of an Emergent Perspective. In: International Journal of Behavioral Development 16, S. 323–349.

Brawer, M. K. (2000): Screening for Prostate Cancer. In: Seminars in Surgical Oncology 18, S. 29–36.

Brawley, E. C. (1997): Designing for Alzheimer's disease: strategies for creating better environments. New York: Wiley.

Brawley, O. W. & Parnes, H. (2000): Prostate Cancer Prevention Trials in the USA. In: European Journal of Cancer 36, S. 1312–1315.

Breitner, J. C. S.; Gau, B. A. & Welsh, K. A. (1994): Inverse association of anti-inflammatory treatments and Alzheimer's disease: initial results of a co-twin control study. In: Neurology 44, S. 227–232.

Brendebach, C. & Hirsch, R. D. (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (6), S. 449–455.

Brenner, H.; Arndt, V.; Stürmer, T.; Stegmaier, C.; Ziegler, H. & Dhom, G. (2000): Individual and Joint Contribution of Family History and Heliobacter Pylori Infection to the Risk of Gastric Cancer. In: Cancer 88, S. 274–279.

Brenner, H.; Arndt, V.; Stürmer, T.; Stegmaier, C.; Ziegler, H. & Dhom, G. (2001): Long Lasting Reduction of Risk of Colorectal Cancer Following Screening Endoscopy. In: The British Journal of Cancer 85 (7), S. 972–976.

Brenner, H.; Stegmaier, C. & Ziegler, H. (1993): Projektion der Krebserkrankungen bis zum Jahr 2002. Ein Beitrag zur Bedarfsplanung im Gesundheitswesen aus dem Saarländischen Krebsregister. In: Gesundheitswesen 55, S. 648–652.

Brenner, H.; Stegmaier, C. & Ziegler, H. (1994): Estimating Completeness of Cancer Registration in Saarland/Germany with Capture-Recapture Methods. In: European Journal of Cancer 30A, S. 1659–1663.

Brenner, H. & Ziegler, H. (1992): Monitoring and Projecting Cancer Incidence in Saarland, Germany, Based on Age-Cohort Analyses. In: Journal of Epidemiology and Community Health 46, S. 15–20.

Breteler, M. M. (2000): Vascular Risk Factors For Alzheimer's Disease: An Epidemiologic Perspective. In: Neurobiology of Aging 21, S. 153–160.

Brief, A.; Butcher, A. H.; George, J. M. & Link, K. E. (1993): Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. In: Journal of Personality and Social Psychology 64, S. 646–653.

Brockmann, H. (2000): Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. Rostock: MPIDR Working Paper (WP-2000-001).

Brod, M.; Stewart, A. L.; Sands, L. & Walton, P. (1999): Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). In: The Gerontologist 39, S. 25–35.

Brody, E. M.; Litvin, S. J.; Hoffmann, C. & Kleban, M. H. (1995): Marital Status of Caregiving Daugthers and Co-Residence With Dependent Parents. In: Gerontologist 35 (1), S. 75–85.

Broe, G. A.; Henderson, A. S. & Creasy, H. (1990): A case-control study of Alzheimer's disease in Australia. In: Neurology 40, S. 1698–1707.

Brown, K. (2001): A discriminating taste for bitter. In: Science 291, S. 1465–1466.

Brucker, U. (1999): Qualitätssicherung im stationären Bereich aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Essen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Pflege. Gesprächskreis Arbeit und Soziales. Bd. 92. Bonn, S. 53–62.

Brucker, U. (2000): Bisherige Qualitätsprüfungen und die ab 1. Oktober 2000 zur Anwendung empfohlene Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes. Frankfurt a. M. (Typoskript).

Bruckhaus, H. (1972): Altenpflegerin – eine Ausbildungsmöglichkeit auch für Teilzeitbeschäftigte. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 25 (12), S. 664–665.

Bruder, J. (1998): Beratung und Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bd. 2: Interventionen. Jahrbuch der Medizinpsychologie 16. Göttingen: Hogrefe, S. 275–295.

Bruder, J.; Lucke, C.; Schramm, A. & Tews, H. P. (1994): Was ist Geriatrie? 3. überarb. Aufl. Rügheim: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie.

Brunner, T. (1999): Gewalt im Alter. In: T. Brunner (Hrsg.): Gewalt im Alter. Grafschaft: Vektor, S. 7–14.

Buchner, F.; Hessel, F.; Greß, S. & Wasem, J. (2001): Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung".

Buckwalter, K. C. & Gardner, S. (1998): Gerontological Care. In: J. J. Fitzpatrick (Hrsg.): Encyclopedia of Nursing Research. New York: Springer, S. 219–221.

Bühringer, G.; Türk, D. & Künzel, J. (1998): Versorgungssituation für ältere Suchtkranke in Deutschland. In: U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer & H. Fleischmann (Hrsg.): Alkohol und Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus, S. 170–187.

Buijssen, H. (1997): Senile Demenz: Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim, Basel: Beltz.

Buijssen, H. P. J. (1996): Trauer. In: H. P. J. Buijssen (Hrsg.): Probleme im Alter. Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, S. 67–106.

Bulmahn, T. (1999): Altersvorsorge im Wandel. In: P. Lüttinger (Hrsg.): Sozialstrukturanalysen mit dem Mikrozensus. ZUMA Nachrichten Spezial. Bd. 6. Mannheim: ZUMA, S. 300–322.

Bundesanstalt für Straßenwesen (2000): Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 115. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) (1997): Bericht über den Stand der klinisch-gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BAG Psychiatrie.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Alterssicherung in Deutschland 1995 (ASID '95). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001a): Alterssicherung in Deutschland 1999 (ASID '99). Tabellenband. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (289/T).

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001b): Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001c): Lebenslagen in Deutschland. Daten und Fakten. Materialband zum ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001d): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Altern und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1993): Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Erster Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995a): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schriftenreihe. Bd. 49. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995b): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 105. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996): Gewalt gegen Ältere zu Hause. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Wohnen im Alter. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000a): Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland. Expertise. Berlin (Expertise).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000b): Wohnungsanpassung und Wohnberatung:

Workshop in Kassel am 23./24. Februar 1999. Selbstbestimmt für Wohnen im Alter: Dokumentation Nr. 4. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001a): Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001b): Lotsendienst im Hilfenetz. Case Management – eine neue Form der sozialen Dienstleistung für Pflegebedürftige. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Gesundheit (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (zugleich BT-Drs. 14/5590). Bonn.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1999): Pharma Daten '99. Überarbeitete Auflage. Frankfurt a. M.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege; Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge & Kuratorium Deutsche Altershilfe (1983): Gemeinsamer Vorschlag zur „Absicherung des Risikos der Pflegebedürtigkeit" vom 12. Januar 1983. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) 63 (3), S. 70–71.

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2001): Zahlen, Daten, Fakten.

Burger, S. G.; Kayser-Jones, J. & Bell, J. P. (2000): Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment. Grey Literature Library: www.nyam.org/library/greylit/grlv2n3.shtml.

Burgio, L. D.; Butler, F. R.; Roth, D. L.; Hardin, J. M.; Hsu, C.-C. & Ung, K. (2000): Agitation in nursing home residents: the role of gender and social context. In: International Psychogeriatrics 12, S. 495–511.

Burns, A. et al. (1999): The Effects of Donepezil in Alzheimer's Disease. Results from a Multinational Trial. In: Dementia & Geriatric Cognitive Disorders 10, S. 237–244.

Butcher, P.M. (2000): SPRINT Ewart Angus Home: New Age of Care for People with Dementia. In: Alzheimer Care Quart 1, S. 4–6.

Büttner, T. (2000): Die Alterung der Weltbevölkerung im 21. Jahrhundert. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 25 (3-4), S. 441–459.

Byles, J.; Feldman, S. & Mishra, G. (1999): For Richer, for Poorer, in Sickness and in Health: Older Widowed Women's Health, Relationships and Financial Security. In: Women & Health 29 (1), S. 15–30.

Bylsma, F. W. (1997): Simulators for Assessing Driving Skills in Demented Patients. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (Suppl. 1), S. 17–20.

Caicedo, A. & Roper, S. D. (2001): Taste receptor cells that discriminate between bitter stimuli. In: Science 291, S. 1557–1560.

Cain, L. D. (1976): Aging and the Law. In: R. H. Binstock & E. Shanas (Hrsg.): Handbook of Aging and the Social Sciences. New York: Van Nostrand Reinhold, S. 342–368.

Campbell, A. J.; Borrie, M. J. & Spears, G. F. (1989): Risk Factors for Falls in a Community-Based Prospective Study of People 70 Years and Older. In: Journal of Gerontology: Medical Science 44, S. M 112–117.

Cappell, E. (2000): Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Caracci, G. & Miller, N. S. (1991): Epidemiology and Diagnosis of Alcoholism in the Elderly (A Review). In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 511–515.

Carell, A. (1999): Gewalt gegen ältere Menschen – ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand. In: T. Brunner (Hrsg.): Gewalt im Alter. Grafschaft: Vektor, S. 7–14.

Carnelley, K.; Wortman, B. & Kessler, R. (1999): The Impact of Widowhood on Depression: Findings from a Prospective Survey. In: Psychological Medicine 29, S. 1111–1123.

Carr, D. B. (1997): Motor Vehicle Crashes and Drivers with DAT. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (Suppl. 1), S. 38–41.

Caspar, J. (2000): Das Diskriminierungsverbot behinderter Personen nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und seine Bedeutung in der aktuellen Rechtsprechung. In: Europäische Grundrechte-Zeitschrift (EuGRZ), S. 135–144.

Caspar, J. (2001): Generationen-Gerechtigkeit und moderner Rechtsstaat. Eine Analyse rechtlicher Beziehungen in der Zeit. In: D. Birnbacher & G. Brudermüller (Hrsg.): Zukunftsverantwortung und Generationensolidarität. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 73–105.

Cavanagh, S. J. (1995): Pflege nach Orem. Freiburg: Lambertus.

Chafetz, P. K. (1990): Two-dimensional grid is ineffective against demented patients exiting through glass doors. In: Psychology and Aging 5, S. 146–147.

Chen, P.; Ganguli, M. & Mulsant, B. H. (1999): The temporal relationship between depressive symptoms and dementia. In: Archives of General Psychiatry 56, S. 261–266.

Choi, N.G. (1996): Older persons who move: reasons and health consequences. In: Journal of Applied Gerontology 15, S. 325–344.

Christensen, H.; Korten, A. E.; Jorm, A. F.; Henderson, A. S.; Jacomb, P. A.; Rodgers, B. & Mackinnon, A. J. (1997): Education and decline in cognitive performance:

compensatory but not protective. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 323–330.

Christenson, R. & Blazer, D. (1984): Epidemiology of Persecutory Ideation in an Elderly Population in the Community. In: American Journal of Psychiatry 141, S. 1088–1091.

Christmas, C. & Andersen, R. A. (2000): Exercise and Older Patients: Guidelines for the Clinician. In: Journal of the American Geriatrics Society 48, S. 318–324.

Clarke, M.; Jagger, C.; Anderson, J.; Battcock, T.; Kelly, F. & Campbell-Stern, M. (1991): The Prevalence of Dementia in a Total Population: The Comparison of Two Screening Instruments. In: Age and Ageing 20, S. 396–403.

Clausen, G. & Lucke, C. (1998): Wie entwickelt sich das subjektive Wohlbefinden alter Patienten während der stationären geriatrischen Rehabilitationsbehandlung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 27–35.

Clemmer, M. (1993): Victims of dementia. Services, support and care. New York, London, Norwood: Haworth Press.

Coffey, C. E.; Saxton, J. A. & Ratcliff, G. (1999): Relation of education to brain size in normal aging. Implications for the reserve hypothesis. In: Neurology 53 (189–196).

Cohen, C. I.; Strashun, A.; Ortega, C.; Horn, L. & Magai, S. (1996): The effects of poverty and education on temporoparietal perfusion in Alzheimer's disease: a reconsideration of the cerebal reserve hypothesis. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 1105–1110.

Cohen, S.; Doyle, W. J.; Skoner, D. P.; Rabin, B. S. & Gwaltney Jr., J. M. (1997): Social Ties and Susceptibility to the Common Hold. In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 277, S. 1940–1944.

Collins, G. M. & Mc Nicholas, J. (1998): A Theoretical Basis for Health Benefits of Pet Ownership. In: C. C. Wilson & D. C. Turner (Hrsg.): Companion Animals in Human Health. Thousand Oaks: Sage, S. 105–122.

Compton, D. M.; Bachman, L. D.; Brand, D. & Avet, T. L. (2000): Age-associated changes in cognitive function in highly educated adults: emerging myths and realities. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15(75–85).

Cook, A. & Klein, B. (1997): Bewohner sehen vieles anders. In: Altenheim 12/95, S. 16–25.

Cooper, B.; Bickel, H. & Schäufele, M. (1992): Demenzerkrankungen und leichtere kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis. In: Nervenarzt 63, S. 551–560.

Cooper, B.; Mahnkopf, B. & Bickel, H. (1984): Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern: eine Vergleichsstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie 17 (3), S. 117–125.

Cooper, B. & Sosna, U. (1983): Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 54, S. 239–249.

Cooper, J. W. (1994): Falls and fractures in nursing home patients receiving psychotropic drugs. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 975–980.

Corbin, J. M. & Strauss, A. (1991): A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice (5), S. 155–174.

Corbin, J. M. & Strauss, A. (1993): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München: Piper.

Corey-Bloom, J.; Anand, R. & Veach, J. (1998): A Randomized Trial Evaluating the Efficacy and Safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), A New Acetylcholinesterase Inhibitor, in Patients With Mild to Moderately Severe Alzheimer's Disease. In: International Journal of Geriatric Pharmacology (1), S. 55–65.

Corti, M.-C.; Guralnik, J. & Bilato, C. (1996): Coronary Heart Disease Risk Factors in Older Persons. In: Aging-Clinical Experimental Research 8, S. 75–89.

Cotrell, V. C. (1997): Awarness Deficits in Alzheimer's disease: issues in assessment and intervention. In: Journal of Applied Gerontology 16, S. 71–90.

Cramer, J. A. & Rosenheck, R. (1998): Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. In: Psychiatric Services 49, S. 196–201.

Crimmins, E. M.; Hayward, M. D. & Saito, Y. (1996): Differentials in active life expentancy in the older population in the United States. In: Journals of Gerontology. Social Sciences 51B (3), S. 111–120.

Croisile, M. D.; Trillet, M. D.; Fondarai, J.; Laurent, B.; Mauguière, F. & Billardon, M. (1993): Long-Term and High Dose Piracetam Treatment of Alzheimer's Disease. In: Neurology 43, S. 301–305.

Cullen, J. S.; Grayson, D. A. & Jorm, A. F. (1996): Clinical diagnoses and disability in cognitively impaired older persons. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 411–422.

Cullen, P.; Abid, F.; Patel, A.; Coope, B. & Ballard, C. G. (1997): Eating disorders in dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 559–562.

Cullum, S.; Huppert, F. A.; McGee, M.; Dening, T.; Ahmed, A.; Paykel, E. S. & Brayne, C. (2000): Decline across different domains of cognitive function in normal ageing: Results of a longitudinal population-based study using CAMCOG. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 853–862.

Czech, C.; Mönning, U. & Tienari, P. J. (1993): ApoE4 in clinically diagnosed Alzheimer's disease, frontal lobe degeneration and non-demented controls. In: The Lancet 342, S. 1309–1310.

Dahlem, O. (1997): Zur Situation der Heimbewohner. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) (35), S. 48 ff.

Dale, M. C.; Burns, A.; Panter, L. & Morris, J. (2001): Factors affecting survival of elderly nursing home residents. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 16, S. 70–76.

Dallinger, U. (1997): Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe. Bd. 106/1, Kap. IV. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 111–154.

Dargen-Molina, P. (1998): Risk Factors and Prevention of Fractures in the Elderly. In: Current Opinion in Rheumatology 10, S. 357–361.

Dautzenberg, M. G. H.; Diederiks, J. P. M.; Philipsen, H.; Stevens, F. C. J.; Tan, F. E. S. & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2000): The Competing Demands of Paid Work and Parent Care. In: Research on Aging 22, S. 165–187.

Davis, J. W.; Ross, P. D.; Nevitt, M. C. & Wasnich, R. D. (1999): Risk Factors for Falls and for Serious Injuries on Falling Among Older Japanese Women in Hawaii. In: Journal of the American Geriatrics Society 47(7), S. 792–798.

Davis, K. L. et al. (1992): A Double-Blind, Placebo-Controlled Multicenter Study of Tacrine for Alzheimer's Disease. The Tacrine Collaborative Study Group [see comments]. In: New England Journal of Medicine 327, S. 1253–1259.

Davis, R. N.; Massman, P. J. & Doody, R. S. (2001): Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Study. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 15, S. 1–9.

Davy, U. (2001): Das Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung im deutschen Verfassungsrecht und im Gemeinschaftsrecht. Vortrag bei der Tagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes am 27./28. September in Schwerin. Deutscher Sozialrechtsverband DSRV.

de Beauvoir, S. (1972): Das Alter. Reinbek: Rowohlt.

De Leo, D.; Carollo, G. & Dello Buono, M. (1995): Lower Suicide Rates Associated With a TeleHelp/TeleCheck Service for the Elderly at Home. In: American Journal of Psychiatry 152, S. 632–634.

De Rijk, M. C.; Launer, L. J.; Berger, K.; Breteler, M. M. B.; Dartigues, J. F.; Baldereschi, M. & et. al. (2000): Prevalence of Parkinson's Disease in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 21–23.

Dean, A.; Kolodny, B. & Wood, P. (1990): Effects of Social Support From Various Sources on Depression in Elderly Persons. In: J Health Soc Behavior 31, S. 148–161.

Dean, K. (1992): Health-Related Behavior: Concepts and Methods. In: M. Ory, R. P. Abeles & P. D. Lipman (Hrsg.): Aging, Health and Behavior. London: Sage, S. 27–56.

Del Giudice, G.; Covacci, A.; Telford, J. L.; Montecucco, C. & Rappuoli, R. (2001): The Design of Vaccines Against Helicobacter Pylori and their Development. In: Annual Review of Immunology 19(1), S. 523–563.

Del Ser, T.; Hachinski, V.; Merskey, H. & Munoz, D. G. (1999): An autopsy-verified study of the effect of education on degenerative dementia. In: Brain 122, S. 2309–19.

Delhey, J. & Böhnke, P. (1999): Über die materielle zur inneren Einheit? Wohlstandslagen und subjektives Wohlbefinden in Ost- und Westdeutschland. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Derouesne, C.; Lacomblez, L.; Thibault, S. & LePoncin, M. (1999): Memory complaints in young and elderly subjects. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14, S. 291–301.

Deutekom, E. (1989): Ernährung als Pflegeproblem. Methodische Fragen für die Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 12, S. 800–804.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2001): „Brücken in die Zukunft“. Tagungsband des Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zusammen mit Alzheimer Europe am 12. bis 15. Oktober 2000 in München. Berlin: Deutsches Alzheimer Gesellschaft.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000): Behandlungsleitlinie Demenz. Darmstadt: Steinkopff.

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn (Bundestagsdrucksache 7/4200).

Deutscher Bundestag (1994): Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (1996): Bericht der Bundesregierung über die im Kalenderjahr 1993 erbrachten Versorgungsleistungen im öffentlichen Dienst sowie über die Entwicklung der Versorgungsausgaben in den nächsten 15 Jahren – Versorgungsbericht. Berlin (Bundestagsdrucksache 13/5840).

Deutscher Bundestag (1998): „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“. Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission. Bonn: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2000): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Zukunft der sozialen Pflegeversicherung“. Berlin: Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 14/3592).

Deutscher Bundestag (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin: Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 14/5590).

Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Düsseldorf (1954): Schwesternarbeit auf der Station. Bericht über eine englische Arbeitsstudie. Karlsruhe: Braun.

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2000): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.

Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (1998): Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Beiträge zur Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 3. Regensburg: Transfer Verlag.

Devanand, D. P.; Jacobs, D. M. & Tang, M. X. (1997): The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimer's disease. In: Archives of General Psychiatry 54, S. 257–263.

Di Carlo, A.; Launer, L. J.; Breteler, M. M. B.; Fratiglioni, L.; Lobo, A.; Martinez-Lage, J. & al., e. (2000): Frequency of Stroke in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 28–33.

Dibelius, O. (2000): Verwitwung. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 158–162.

Dickinson, J. L.; McLain-Kark, J. & Marshall-Baker, A. (1995): The effects of visual barriers on exiting behavior in a demented care unit. In: The Gerontologist 35, S. 127–130.

Dieck, M. (1979): Zur Thematik „Gerontologie und Gesellschaftspolitik“. Auseinandersetzungen und Ergebnisse der Tagung. In: M. Dieck & T. Schreiber (Hrsg.): Gerontologie und Gesellschaftspolitik. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 263–276.

Dieck, M.; Igl, G. & Schwichtenberg-Hilmert, B. (1993): Dokumente der internationalen Altenpolitik. Bd. I: 1946 bis 1980, Bd. II: 1981 bis 1993. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Dieffenbach, S.; Winkel, S.; Schaarschmidt, H. & Weiden, G.v.d. (2001): Einrichtungsübergreifende Vernetzung zur Sicherung einer kontinuierlichen Patientenversorgung. In: M. Landenberger & M. Münch (Hrsg.): Innovation in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 91–107.

Diener, E. (1994): Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. In: Social Indicators Research 31, S. 103–157.

Diener, E. (1996): Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. In: Journal of Research in Personality 30, S. 389–399.

Diener, E. (2000): Subjective Well-Being. In: American Psychologist 55, S. 34–43.

Diener, E. & Fujita, F. (1995): Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. In: Journal of Psychology 68, S. 926–935.

Diener, E. & Suh, M. E. (1997): Subjective Well-Being and Age: An International Analysis. In: Annual Review of Gerontology and Geriatrics 17, S. 304–324.

Diener, E. & Suh, M. E. (1998): Subjective Well-Being and Age: An International Analysis. In: K. W. Schaie & M. P. Lawton (Hrsg.): Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development. Bd. 17. New York: Springer, S. 304–324.

Dietrich, P. (2001): Konsequenzen der Novellierung des Heimgesetzes auf die Heimmitwirkungsverordnung aus Sicht der Behindertenhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 51–57.

Diewald, M. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin.

Dill, A.; Brown, P.; Ciambrone, D. & Rakowski, W. (1995): The Meaning and Practice of Self-Care by Older Adults. In: Research on Aging 17, S. 8–41.

Dinkel, R. H. (1992): Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklungen. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: Walter de Gruyter, S. 62–93.

Dinkel, R. H.; Hartmann, K. & Lebok, U. (1997): Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – Eine Modellrechnung. In: Gesundheitswesen 59 (4), S. 1–54.

Dinniss, S. (1999): Violent crime in an elderly demented patient. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14, S. 889–891.

Dobbs, A. R. (1997): Evaluating the driving competence of dementia patients. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11(Suppl. 1), S. 8–12.

Döhner, H. & Marben, J. (1994): Ambulantes gerontologisches Team (PAGT). Mulitdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und anderen Berufsgruppen. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 67, S. 9–12.

Döhner, H.; Mutscher, R. & Schmoecker, M. (1995): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Dokumentation des Experten-Workshops am 17. November 1994 in Hamburg. Hamburg: Universität, Institut für Medizin-Soziologie.

Doll, R. (1998): Epidemiological Evidence of the Effects of Behaviour and the Environment on the Risk of Human Cancer. In: Recent Results in Cancer Research 154, S. 3–21.

Dorbritz, J. & Gärtner, K. (1998): Bericht 1998 über die demographische Lage in Deutschland mit dem Teil B „Ehescheidungen – Trends in Deutschland und im internationalen Vergleich“. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 23(4), S. 373–458.

Downton, J. H. (1995): Wenn alte Menschen stürzen. Ursachen und Risiko, Pflege und Prävention. Basel: Reinhardt.

Drachman, D. & Swearer, J. (1993): Driving and Alzheimer's Disease: The Risk of Crashes. In: Neurology 43, S. 2448–2456.

Dräger, D. (1998): Die Bedeutung der generativen Beziehung zwischen Großeltern und Enkelkindern im Hinblick auf die steigende Pflegebedürftigkeit – Stand der familiensoziologischen und gerontologischen Forschung. Humboldt-Universität Berlin (Diplomarbeit).

Drenhaus-Wagner, R. (1997): Die Angehörigen-Initiative-Berlin e. V. Über den eigeninitiativen Aufbau eines Selbsthilfenetzwerks für pflegende Angehörige. In: Altenpflegerin + Altenpfleger 23 (5/6), S. 85–91.

Dröes, R.-M.; Breebaart, E. & Ettema, T. P. (2000): Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. In: International Psychogeriatrics 12, S. 99-115.

Dubey, A.; Koval, K. J. & Zuckerman, J. D. (1998): Hip Fracture Prevention: A Review. In: American Journal of Orthopedics 27, S. 407–12.

Dubinsky, R.; Williamson, A.; Gray, C. & Glatt, S. (1992): Driving in Alzheimer's Disease. In: Journal of the American Geriatrics Society 40, S. 1112–1116.

Duchek, J. M.; Hunt, L.; Ball, K.; Buckles, V. & Morris, J. C. (1998): Attention and Driving Performance in Alzheimer's Disease. In: Journal of Gerontology: Psychological Science 53 (2), S. 130–141.

Dunkel, W. (1994): Pflegearbeit – Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen. Freiburg: Lambertus.

Earl-Slater, A. (1998): The elderly, medicines and robust evidence from randomized control trials. In: Journal of Clinical Effectiveness 3, S. 105–111.

Eefsting, J. A.; Boersma, F.; van den Brink, W. & van Tilburg, W. (1996): Differences in prevalence of de mentia based on community survey and genereal practitioner recognition. In: Psychological Medicine 26, S. 1223–1230.

Eglit, H. (1985): Age and the Law. In: R. H. Binstock & E. Shanas (Hrsg.): Handbook of Aging and the Social Sciences. Bd. 2. New York: Van Nostrand Reinhold Company, S. 528–553.

Ehmann, M. & Völkel, I. (Hrsg.) (2000): Pflegediagnosen in der Altenpflege. München: Urban & Fischer.

Eibl-Eibesfeldt, I. (1982): Liebe und Hass. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen. München, Zürich: Pieper.

Eichhorn, S. (1967): Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.

Eichhorn, S. (1975): Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Eisenbart, B. (2000): Patienten-'Testament' und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. 2 Aufl. Baden-Baden.

Ejaz, F. K.; Rose, M. S. & Jones, J. A. (1996): Changes in attitudes toward restraints among nursing home staff and residents' families following restraint reduction. In: Journal of Applied Gerontology 15, S. 433–449.

Elbing, E. (1991): Einsamkeit. Göttingen: Hogrefe.

Elffors, L. (1998): Are Osteoporotic Fractures Due to Osteoporosis? Impacts of a Frailty Pandemic in an Aging World. In: Aging (Milano) 10, S. 191–204.

Elmstahl, S.; Annerstedt, L. & Ahlund, O. (1997): How should a Group Living Unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11, S. 47–52.

Emanuel, E. J.; Fairclough, D. L.; Slutsman, J.; Alpert, H.; De Witt, B. & Emanuel, L. L. (1999): Assistance From Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients. In: New England Journal of Medicine 341, S. 956–963.

Ende, J.; Kazis, L.; Ash, A. & Moskowitz, M. A. (1989): Measuring Patients Desire for Autonomy: Decision-Making and Information Seeking Preferences Among Medical Patients. In: Journal of General Internal Medicine 4, S. 23–30.

Endenburg, N. (1995): The Attachment of People to Companion Animals. In: Anthrozooes VIII (2), S. 83–89.

Engel, F.; Nestmann, F.; Niepel, G. & Sickendieck, U. (Hrsg.) (1996): Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen. Opladen: Leske + Budrich.

Engels, D. (2001): Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen. Köln: ISG (zur Veröffentlichung vorgesehenes Manuskript).

Engels, D. & Sellin, C. (2000): Vorstudie zur Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen. Köln: ISG.

Enzlberger, A.; Laireiter, A.; Baumann, U.; Feichtinger, L.; Lettner, K. & Untner, A. (1992): Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen bei Bewohnern von Altenheimen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 5, S. 71–85.

Erikson, R. (1974): Welfare as a Planning Goal. In: Acta Cociologica 17, S. 273–278.

Ernst, E. & Pittler, M. H. (1999): Ginkgo biloba for dementia. In: Clinical Drug Investigations 17 (4), S. 301–308.

Ernst, K. (1995): Alterssuizid: ein ethischer Sonderfall? In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8 (1/2), S. 39–45.

Ernst, R. L. & Hay, J. W. (1997): Cognitive function and the costs of Alzheimer's Disease. An Exploratory Study. In: Archives of Neurology 54 (6), S. 687–693.

EUROGAST STUDY GROUP (1993): An International Association Between Helicobacter Pylori Infection and Gastric Cancer. In: The Lancet 341, S. 1359–1362.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1993): Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Everard, K. M. (1999): The Relationship Between Reasons For Activity and Older Adult Well-Being. In: Journal of Applied Gerontology 18, S. 325–340.

Evers, A. & Olk, T. (1996): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien für bessere Beziehungen zwischen formellen und informellen Hilfesystemen im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: A. Evers & T. Olk (Hrsg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 346–372.

Ewers, M. & Schaeffer, D. (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Fachinger, U. (2001a): Einnahmen und Ausgaben Hochbetagter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Bremen.

Fachinger, U. (2001b): Zusammenfassung der Expertise „Einnahmen und Ausgaben Hochbetagter" von Uwe Fachinger im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Bremen.

Färber, B. (2000): Neue Fahrzeugtechnologien zur Unterstützung der Mobilität Älterer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, S. 178–185.

Farlow, M.; Gracon, S. I.; Hershey, L. A.; Lewis, K. W.; Sadowsky, C. H. & Dolan-Ureno, J. (1992): A Controlled Trial of Tacrine in Alzheimer's Disease. The Tacrine Study Group [see comments]. In: Journal of the American Medical Association 268, S. 2523–2529.

Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Bern: Huber.

Feil, N. (1999): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. Reinhardts Gerontologische Reihe. 2. Aufl. Bd. 17: Reinhardt.

Feinleib, M.; Ingster, L.; Rosenberg, H.; Maurer, J.; Singh, G. & Kochanek, K. (1993): Time Trends, Cohort Effects, and Geographic Patterns in Stroke Mortality – United States. In: Annals of Epidemiology 3, S. 458–465.

Fenske, A. (1998): Das Verbot der Altersdiskriminierung im US-amerikanischen Arbeitsrecht. Münsterische Beiträge zur Rechtswissenschaft. Bd. 118. Berlin: Duncker & Humblot.

Ferber, C. v. (1993): Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: H.-W. Müller (Hrsg.): Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit. Frankfurt a. M., S. 9–21.

Ferrell, B. A.; Ferrell, B. R. & Rivera, L. (1995): Pain in cognitively impaired nursing home patients. In: Journal of Pain and Symptom Management 10 (8), S. 591–598.

Ferring, D. & Filipp, S. H. (1997): Subjektives Wohlbefinden im Alter: Struktur und Stabilitätsanalysen. In: Psychologische Beiträge 3, S. 236–258.

Ferris, S. H.; Hofeldt, G. T. & Carbone, G. (1999): Suicide in two patients with a diagnosis of probable Alzheimer disease. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 13, S. 88–90.

Ferris, S. H. & Mittelman, M. S. (1996): Behavioral Treatment of Alzheimer's Disease. In: Int Psychogeriatr 8 (Suppl.1), S. 87-90.

Feuerlein, W. (1995): Abhängigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8 (3), S. 153–162.

Feuerstein, G. (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen. In: B. Badura & G. Feuerstein (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, S. 211–253.

Fichter, M. M. (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Fichter, M. M.; Bruce, M. L.; Schröppel, H.; Meller, I. & Merikangas, K. (1995): Cognitive Impairment and Depression in the Oldest Old in a German and in U.S. Communities. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 245, S. 319–325.

Fichter, M. M.; Meller, I.; Schröppel, H. & Steinkirchner, R. (1995): Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. In: British Journal of Psychiatry 166, S. 621–629.

Fichter, M. M.; Schröppel, H. & Meller, I. (1996): Incidence of dementia in a Munich community sample of the oldest old. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 246, S. 93–99.

Field, T. S.; Gurwitz, J. H.; Glynn, R. J. & al., e. (1999): The Renal Effects of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs in Older People: Findings from the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. In: Journal of the American Geriatrics Society 47, S. 507–511.

Filipp, S. H. (2001): Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Trier.

Filipp, S. H. & Aymanns, P. (1996): Bewältigungsstrategien (Coping). In: R. H. Adler, J. H. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesniack (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Bd. 5. München: Urban & Schwarzenberg, S. 277–289.

Finch, C. E. (1998): Variations in senescence and longevity include the possibility of negligible senescene. In: Journal of Gerontology: Biological Sciences 53 A, S. B235–B239.

Fingerman, K. (1995): Aging mothers' and their adult daughters' perceptions of conflict behaviors. In: Psychology and Aging 10 (4), S. 639–649.

Finkel, S. I. & Burns, A. (2000): Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): A clinical and research update. In: International Psychogeriatrics 12 (Suppl. 1), S. 19–22.

Finkin, M. W. (1990): The federal law of age discrimination in the USA. In: Zeitschrift für Gerontologie 23 (2), S. 97–101.

Finnema, E.; Dröes, R.-M.; Ribbe, M. & Van Tilburg, W. (2000): The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia. A review of the literature. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 141–161.

Fischer, G. C.; Junius, U. & Breull, A. (1997): Ambulantes geriatrisch-gerontologisches Screening in der Primärversorgung. Endbericht Projekt B 3 a. Norddeutscher Forschungsverbund Public Health.

Fischer, G. C.; Rohde, J. J.; Tewes, U. & Schug, S. H. (1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlußbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Fischer, G. C. et al. (2001): Hausärztliche Versorgung. Teil 1: Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger. Teil 2: Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochbetagten. Expertise für die Sachverständigenkommission „4. Altenbericht der Bundesregierung". Hannover.

Flicker, L. & Grimley, E. J. (2000): Piracetam for Dementia or Cognitive Impairment. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD001011.

Foerner, M. (1999): Erwartungen und Bedürfnisse von PflegeempfängerInnen in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Foley, D. J.; Masaki, K. H.; Ross, G. W. & White, L. R. (2000): Driving Cessation in Older Men with Incident Dementia. In: Journal of the American Geriatrics Society 48 (8), S. 928–930.

Foley, D. J.; Wallace, R. B. & Eberhard, J. (1995): Risk Factors for Motor Vehicle Crashes Among Older Drivers in a Rural Community. In: Journal of the American Geriatrics Society 43, S. 776–781.

Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & Mc Hugh, P. R. (1975): „Mini Mental State": A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. In: Journal of Psychiatric Research 12, S. 189–198.

Fondation de France (1993): Vivre au Cantou. Exploration d'un mode d'acceuil et d'accompagenement pour personnes âgées. Dijon.

Fontana, S. A.; Baumann, L. C.; Helberg, C. & Love, R. R. (1997): The Delivery of Preventive Services in Primary Care Practices According to Chronic Disease Status. In: American Journal of Public Health 87, S. 1190–1196.

Fooken, I. (1999): Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Studienbrief 5. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 208–243.

Forette, F.; Lechowski, L.; Rigaud, A. S.; Seux, M. L.; Dessi, F. & Forette, B. (2000): Does the Benefit of Antihypertensive Treatment Outweigh the Risk in Very Elderly Patients? In: Journal of Hypertension Suppl. 18, S. 9–12.

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (1999): Qualitätssicherung in der Pflege. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Förstl, H.; Lauter, H. & Bickel, H. (2001): Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich, S. 113–199.

Fosbinder, D. (1994): Patients perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. In: Journal of Advanced Nursing 20, S. 1085–1093.

Franke, H. (1973): Das Wesen der Polypathie bei Hundertjährigen. In: R. Schubert & A. Störmer (Hrsg.): Schwerpunkte der Geriatrie. Bd. 2. München: Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski, S. 39–45.

Franke, H. (1985): Auf den Spuren der Langlebigkeit. Stuttgart: Schattauer.

Franson, K.; Hay, D. & Neepe, V. (1995): Drug-induced seizures in the elderly. In: Age & Ageing 7, S. 38–48.

Fratiglioni, L.; Ahlbom, A. & Vitanen, M. (1993): Risk factors for late-onset Alzheimer's disease: a population-based, case-control study. In: Annals of Neurology 33, S. 258–266.

Fratiglioni, L.; Forsell, Y.; Torres, H. A. & Winblad, B. (1994): Severity of dementia and institutionalization in the elderly: prevalence data from an urban area in Sweden. In: Neuroepidemiology 13, S. 79–88.

Fratiglioni, L.; Launer, L. J.; Andersen, K.; Breteler, M. M. B.; Copeland, J. R. M.; Dartigues, J. F. & al., e. (2000): Incidence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A

Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 10–15.

Fratiglioni, L.; Viitanen, M.; Backman, L.; Sandman, P. O. & Winblad, B. (1992): Occurence of Dementia in Advanced Age: The Study Design of the Kungsholmen Project. In: Neuroepidemiology 11(Suppl. 1), S. 29–36.

Friedland, R.; Koss, E. & Kumar, A. (1988): Motor Vehicle Crashes in Dementia of the Alzheimer Type. In: Annals of Neurology 24, S. 782–786.

Frisby, B. (2000): The ASTRID PROJECT: Technology in Dementia Care – Why it Should be Used, Why it Isn't & How it Could Be. Alzheimer-Kongreß 2000 – Brücken in die Zukunft. Abstract-Band. 13./14. Oktober 2000. München.

Fritze, J.; Saß, H. & Schmauß, M. (2001): Befragung der Fachgesellschaft durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Puhlheim, Aachen, Augsburg: DGPPN.

Fuchs, J. (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen 60, S. 392–398.

Fuchs, J. (1999a): Die Situation der Pflegenden. In: NDV 79 (10), S. 337–341.

Fuchs, J. (1999b): Entlastung pflegender Personen. Unterstützungspotentiale für ambulante Dienste. In: Häusliche Pflege 8(11), S. 40–45.

Fuchs, J. (1999c): Wege zur Pflege. Determinanten der Pflegebereitschaft von informellen Helferinnen und Helfern. Freie Universität Berlin (Dissertation).

Fuhrmann, R. (2001): Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl. 1), S. I/16–I/20.

Gagnon, M.; Letenneur, L. & Dartigues, J. F. (1990): The Validity of the Mini-Mental State Examination as a Screening Instrument for Cognitive Impairment and Dementia in French Elderly Community Residents. In: Neuroepidemiology 9, S. 143–150.

Gao, S.; Hendrie, H. C.; Hall, K. S. & Hui, S. (1998): The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer's disease. In: Archives of General Psychiatry 55, S. 809–815.

Garde, E.; Mortensen, E. L.; Krabbe, K.; Rostrup, E. & Larsson, H. B. W. (2000): Relation between age-related decline in intelligence and cerebal white-matter hyperintensities in healthy octogenarians: a longitudinal study. In: The Lancet 356, S. 628–634.

Garrity, T. F. & Stallones, L. (1998): Effects of Pet Contact on Human Well-Being: Review of Recent Research. In: M. G. Wilson & D. C. Turner (Hrsg.): Companion Animals in Human Health. Thousand Oaks: Sage, S. 3–22.

Gasse, C.; Hense, H. W.; Stieber, J.; Döring, A.; Liese, A. D. & Keil, U. (2001): Assessing Hypertension Management in the Community: Trends of Prevalence, Detection, Treatment, and Control of Hypertension in the MONICA Project, Augsburg 1984 bis 1995. In: J Hum Hypertens 15, S. 27–36.

Geiselmann, B. & Linden, M. (1991): Prescription and Intake Patterns in Long-Term and Ultra-Long-Term Benzodiazepine Treatment in Primary Care Practice. In: Pharmacopsychiatry 24, S. 55–61.

George, L. K. (1992): Economic Status and Subjective Well-Being: A Review of the Literature and an Agenda for Future Research. In: N. E. Cutler, D. W. Gregg & M. P. Lawton (Hrsg.): Aging, Money, and Life Satisfaction. Aspects of Financial Gerontology. New York: Springer, S. 69–99.

Gerste, B. & Rehbein, I. (Hrsg.) (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (1998): Harn- und Stuhlinkontinenz. Kassel.

Getsios, D.; Caro, J. J.; Caro, G. & Ishak, K. (2001): Assessment of health economics in Alzheimer's desease (AHEAD). Galantamine treatment in Canada. In: Neurology 57, S. 972–978.

Ghali, L.; Hopkins, R. W. & Rindlisbacher, P. (1995): The fragmentation of rest/activity cycles in Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 10, S. 229–304.

Giese, D. (1997): Öffentlich-rechtliche Körperschaft „Heimbewohner"? In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE). (37), S. 91–109.

Gill, W. & Mantej, W. (1997): Die Sozialvisite – mehr als eine Pflegeüberleitung. In: Pflege Aktuell 51, S. 376–380.

Gillespie, L. D.; Gillespie, W. J.; Robertson, M. C.; Lamb, S. E.; Cumming, R. G. & Rowe, B. H. (2001): Interventions for Preventing Falls in Elderly People. In: Cochrane Database Systematic Reviews The Cochrane Library (3).

Gilley, D. W.; Wilson, R. S. & Bennett, D. A. (1991): Cessation of driving and unsafe vehicle operation by dementia patients. In: Archives of Internal Medicine 151, S. 941–946.

Gitlin, L. N. (1998): Testing home modification interventions: issues of theory, measurement, design and implementation. In: Annual Review of Gerontology and Geriatrics 18, S. 190–246.

Gjonca, A.; Brockmann, H. & Maier, H. (2000): Old-Age Mortality in Germany prior to and after Reunification. In: Demographic Research 3 (1).

Glaeske, G. (2000): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland, S. 63–79.

Glass, T. A.; de Leon, M. C. & Marottoli, R. A. (1999): Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. In: British Medical Journal 319, S. 478–483.

Glatzer, W. (1992): Die Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie 25 (3), S. 137–144.

Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt a. M.: Campus.

Gnädig, H. (2000): Es bleibt noch viel zu tun. Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK in Baden-Württemberg. In: Häusliche Pflege (2), S. 22–25.

Gollmer, E. & Eikelmann, B. (1993): Zur Aufgabe sozialpsychiatrischer Dienste in der Betreuung psychisch kranker alter Menschen. In: H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): Psychische Krankheiten im Alter. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 545–551.

Gonzales-Salvador, T.; Lyketsos, C. & Baker, A. (2000): Quality of life in the dementia patientes of long-term care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 181–189.

Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer.

Gorelick, P. B.; Erkinjuntti, T.; Hofman, A.; Rocca, W. A.; Skoog, I. & Winblad, B. (1999): Prevention of vascular dementia. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (Suppl. 3), S. 131–139.

Gorell, J. M.; Rybicki, B. A.; Cole Johnson, C. & Peterson, E. L. (1999): Occupational Metal Exposures and the Risk of Parkinson's Disease. In: Neuroepidemiology 18, S. 303–308.

Görgen, T. (1999): Erscheinungsformen und Bedingungen von Aggression und Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen. In: T. Brunner (Hrsg.): Gewalt im Alter. Grafschaft: Vektor-Verlag, S. 57–108.

Görgen, T.; Kreuzer, A.; Hüsing, A. & Horz, A. (2000): Gewalt gegen alte Menschen in stationärer Pflege. Zweiter Sachstandsbericht. Gießen: Institut für Kriminologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Görres, S. (1993): Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 26 (5), S. 378–385.

Görres, S.; Hinz, I. M.; Krippner, A. & Zerwas, M. (2000): Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektive. In: Pflege 13 (1), S. 33–41.

Grady, C. L. & Craik, F. I. M. (2000): Changes in memory processing with age. In: Current Opinion in Neurobiology 10, S. 224–231.

Gräßel, E. (1998a): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Deutsche Hochschulschriften 1134. Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.

Gräßel, E. (1998b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(1), S. 52–56.

Gräßel, E. (1998c): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(1), S. 57–62.

Gräßel, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2 (13), S. 85–94.

Gräßel, E. & Leutbecher, M. (Hrsg.) (1993): Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: VLESS Verlag.

Grieshaber, U. (2001): Mehr Ballast als Botschaft. In: Forum Sozialstation 25 (112), S. 3.

Grond, E. (1996): Der Kraftakt, nicht stumm zu werden. Familiärer Pflegestreß beeinträchtigt die Kommunikation. In: Forum Sozialstation 20 (82), S. 48–51.

Grosse-Holtforth, M.; Pathak, A.; Koenig, H. G.; Cohen, H. J.; Pieper, C. F. & Van Hook, L. G. (1996): Medical Illness, Religion, Health Control and Depression of Institutionalized Medically III Veterans in Long-Term Care. In: Int J Geriat Psychiatry 11, S. 613–620.

Grün, K. (1998): Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und ihren Angehörigen an professionell Pflegende im häuslichen Bereich. In: F.P.-u.G.d.E.F. Darmstadt (Hrsg.): Pflegewissenschaft im Alltag. Frankfurt a. M.: Mabuse, S.

Grünheid, E. & Roloff, J. (2000): Die demographische Lage in Deutschland 1999. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 25, S. 3–150.

Gunzelmann, T. (1991): Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell Erkrankter älterer Menschen. Stand der Forschung und Praxis. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 4 (1), S. 41–56.

Guo, Z.; Fratiglioni, L. & Zhu, L. (1999): Occurence and progression of dementia in a community population aged 75 years and older. In: Archives of Neurology 56, S. 991–996.

Güther, B. (1998): Morbidität und Krankheitskosten von Alten. In: Gesundheitswesen 60, S. 39–46.

Gutzmann, H.; Metzler, P. & Schmidt, K. H. (2000): Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? Evaluation mithilfe einer neuen Skala zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit von Senioren (BPS). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, S. 426–437.

Häberle, P. (1993): Altern und das Alter des Menschen als Verfassungsproblem. In: P. Badura (Hrsg.): Wege und Verfahren des Verfassungslebens: Festschrift für Peter Lerche zum 65. Geburtstag. München: Beck, S. 189–211.

Habich, R. (1996): Problemgruppen und Armut: Zur These der Zwei-Drittel-Gesellschaft. In: W. Zapf & R. Habich (Hrsg.): Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland. Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität. Berlin: Edition Sigma, S. 161–185.

Hachinski, V. & Munoz, D. (2000): Vascular Factors in Cognitive Impairment – Where Are We Now? In: Annals of the New York Academy of Sciences 903, S. 1–5.

Häfner, H. (1986): Psychische Gesundheit im Alter. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.

Hagen, B.; Sommer, M.; Oswald, W. D. & Rupprecht, R. (1999): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XV: Verlaufsanalyse der Ernährungsqualität. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 12, S. 245–262.

Hakamies-Blomqvist, L. & Wahlström, B. (1998): Why Do Older Drivers Give Up Driving? In: Accid Annals and Preventions 30 (3), S. 305–312.

Halfens, R. J. G. & Eggink, M. (1995): Knowledge, Beliefs, and Use of Nursing Methods in Preventing Pressure Sores in Dutch Hospitals. In: International Journal of Nursing Studies 32 (1), S. 16–26.

Hallauer, J. (2001): Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl Demenzkranker und der Demenzkosten. Im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin.

Hallauer, J.; Schons, M.; Smala, A. & Berger, K. (1999): Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung. In: Psycho 25 (Sonderausgabe I/99), S. 31–34.

Hallauer, J.; Schons, M.; Smala, A. & Berger, K. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 5, S. 73-79.

Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen der Familie: Eine Analyse ihrer Situation, Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Psychiatrie (4), S. 247–262.

Halsig, N. (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: A. Kruse, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauß (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. 16 Aufl. Bd. 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 211–231.

Hambrecht, M. (1997): Chronische Schizophrenie und Residualzustände im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 378–383.

Hanley, I. G. (1981): The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. In: Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 12, S. 241–247.

Harwood, D. G.; Barker, W. W.; Ownby, R. L. & Duara, R. (2000): Relationship of behavioral and psychological symptoms to cognitive impairment and functional status in Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 393–400.

Haupt, M. (1999): Demenz: Angehörigenbetreuung durch den Hausarzt ist essentiell. In: Journal für Alternsmedizin. Geriatrie Praxis 11 (Februar), S. 28–33.

Haupt, M. & Kurz, A. (1993): Predictors of Nursing Home Placement in Patients with Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8 (9), S. 741–746.

Havel, M. (1996): Zur Nutzung gesundheitsfördernder Potenzen der Mensch-Tier-Beziehung. In: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 17, S. 45–65.

Haynes, R. B. (1979): Determinants of Compliance: The Disease and Mechanics of Treatment. In: R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Hrsg.): Compliance in Health Care. Baltimore, New York: John Hopkins University Press, S. 49–62.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995): A Life-Span Theory of Control. In: Psychological Review 102, S. 284–304.

Hedtke-Becker, A. (1990): Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Freiburg: Lambertus.

Hedtke-Becker, A. & Schmidtke, C. (Hrsg.) (1985): Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Frankfurt a.M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Heeg, S. (1991): Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung des Pflegepersonals. Zur Rolle des architektonischen Milieus. In: K. Landau & F.u.S. Staatsministerium für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. München: Bayrisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, S. 104–130.

Heinemann, A.; Lockemann, U.; Matschke, J.; Tsokos, M. & Püschel, K. (2000): Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 125, S. 45–51.

Heinik, J.; Kimhi, R. & Hes, J. P. (1994): Dementia and crime: a forensic psychiatry unit study in Israel. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 491–494.

Heinmann-Knoch, M.; Korte, E.; Schönberger, C. & Schwarz, B. (Hrsg.) (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Heinzmann, R. (1999): Welche Pflegeausbildung kommt? In: Pflege Aktuell 53 (4), S. 204–206.

Heiss, W. D.; Kessler, J.; Mielke, R.; Szelies, B. & Herholz, K. (1994): Long-Term Effects of Phosphatidylserine, Pyritinol, and Cognitive Training in Alzheimer's

Disease. A Neuropsychological, EEG and PET Investigation. In: Dementia 5, S. 88–98.

Helck, S. (2001): Entwurf zum Pflege-Leistungsverbesserungsgesetz: Nur ein Tropfen auf den heißen Stein für Menschen mit Demenz. In: pro Alter 34 (2), S. 52–53.

Helmchen, H. et al. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 186–219.

Helmchen, H. & Kanowski, S. (2000): Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie. Expertise für den 3. Altenbericht der Bundesregierung. Berlin.

Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001): Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich, S. 11–111.

Helmchen, H. & Reischies, F. M. (1998): Normales und pathologisches kognitives Altern. In: Nervenarzt 69, S. 369–378.

Henderson, A. S.; Easteal, S. & Jorm, A. F. (1995): Apolipoprotein E allele E4, dementia and cognitive decline in a population sample. In: The Lancet 346, S. 1387–1390.

Henderson, V. (1963): Grundregeln der Krankenpflege. Veröffentlicht für den Weltbund der Krankenschwestern. Basel.

Hendrie, H. L. (1998): Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. In: The American Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 3–18.

Hennequin, M.; Morin, C. & Feine, J. S. (2000): Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome. In: The Lancet 356, S. 1882–1887.

Herkommer, B. & Steinhagen-Thiessen, E. (1991): Das abgestufte Versorgungskonzept der Geriatrie. In: Geriatrie Praxis 3(9), S. 30–32.

Herrmann, N. (2001): Recommendations for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. In: Canadian Journal of Neurological Sciences 28(Suppl. 1), S. 96–107.

Herrmann, R. & Meier-Baumgartner, H.-P. (1999): Die sturzbedingte proximale Femurfraktur älterer Menschen: Ätiologie und Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 52–57.

Herrmann, W. M. & Kern, U. (1987): Nootropic Drugs: Effects and Effectiveness. A Reflection Exemplified by a Phase III Study Using Piracetam. In: Nervenarzt 58, S. 358–364.

Herrmann, W. M.; Stephan, K.; Gaede, K. & Apececche, M. (1997): A Multicenter Randomized Double-Blind Study on the Efficacy and Safety of Nicergoline in Patients With Multi-Infarct Dementia. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 8, S. 9–17.

Herrschaft, H. (2001a): Nimodipin, Antidementiva in der Praxis. Bremen: Unimed.

Herrschaft, H. (2001b): Pyritinol, Antidementiva in der Praxis. Bremen: Unimed.

Heslin, K.; Towers, J. & Leckie, D. (1992): Managing Falls: Identifying Population-Specific Risk Factors and Prevention Strategies. In: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): Key Aspects of Elder Care. Managing Falls, Incontinence, and Cognitve Impairment. New York: Springer, S. 70–88.

Hessisches Statistisches Landesamt (2001): Die Pflegeeinrichtungen in Hessen am 15. Dezember 1999. (www.statistik-bund.de).

Hill, A.; Rumpf, H. J.; Hapke, U.; Driessen, M. & John, U. (1998): Prevalence of Alcohol Dependence and Abuse in General Practice. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22, S. 935–940.

Hillerås, P. K.; Jorm, A. F.; Herlitz, A. & Winblad, B. (2001): Life Satisfaction Among the Very Old: A Survey on a Cognitively Intact Sample Aged 90 Years and Above. In: International Journal of Aging and Human Development 52 (1), S. 71–90.

Hilleware, L.; Moons, P.; Steemann, E.; Milisen, K.; Borgermans, L. & Abraham, I. (2000): Pflegerisches Case Management bei gerontopsychiatrischen Patienten. Ergebnisevaluation eines belgischen Modells. In: M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 195–216.

Himes, C. L. (1994): Parental Caregiving by Adult Women. In: Research on Aging 16, S. 191–211.

Himes, C. L. & Reidy, E. B. (2000): The Role of Friends in Caregiving. In: Research on Aging 22, S. 315–336.

Hinse, H. (2001): Zum Ehrenamt. Empfehlungen aus Erfahrungen. In: Die Hospiz-Zeitschrift. 3, S. 10–12.

Hirsch, R. (2000): Rationale Therapie mit Neuroleptika bei Demenzkranken. In: Geriatrie Journal 2, S. 33–36.

Hirsch, R. D. (1994): Pharmakotherapie versus Psycho- und Soziotherapie? In: R. D. Hirsch (Hrsg.): Psychotherapie bei Demenz. Darmstadt: Steinkopff, S. 83–92.

Hirsch, R. D.; Wörthmüller, M. & Schneider, H. K. (1992): Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 5, S. 127–135.

Hock, C. (2000): Demenz. In: T. Nikolaus (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 303–316.

Hoefer, K. (1995): Gewalt in der häuslichen Pflege. Pflegende Angehörige zwischen Aufopferung und Aggression. Hannover: o. V.

Hoffmann, E. (1998): Struktur der Haushalte älterer Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 1997. In: Informationsdienst Altersfragen 25 (9/10), S. 7–10.

Hoffmann, E. (2001): Todesursachen in Deutschland. In: Informationsdienst Altersfragen (11/12–2001), S. 9.

Hofman, A.; Grobee, D. E.; De Jong, P. T. V. M. & Vanden Ouweland, F. A. (1991a): Determinants of Disease and Disability in the Elderly: The Rotterdam Study. In: European Journal of Epidemiology 7, S. 403–422.

Hofman, A. et al. (1991b): The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. In: International Journal of Epidemiology 20, S. 736–748.

Hofmann, W. (1997): Geriatrische Rehabilitation – je rascher desto besser. Dokumentation, Evaluation und Drei-Jahres-Nachuntersuchung. In: Fortschritte der Medizin 115, S. 51.

Hofmann, W.; Ramme, M. & Vetter, U. (2001): Die geriatrische Klinik im fallpauschalisierten Entgeltsystem. In: M. Arnold, M. Litsch & H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsform mit DRGs. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 207–222.

Höhmann, U. (2001a): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Darmstadt.

Höhmann, U. (2001b): Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement. Martin-Luther-Universität Halle (Dissertation).

Höhmann, U.; Müller-Mundt, G. & Schulz, B. (Hrsg.) (1998): Qualität durch Kooperation. Bd. 1. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Höhmann, U.; Weinreich, H. & Gätschenberger, G. (Hrsg.) (1996): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsberichte Sozialforschung. Bd. 261. Bonn.

Holmes, J. (1996): Psychiatric illness and length of stay in elderly patients with hip fracture. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 607–611.

Holmes, J.; Pugner, K.; Phillips, R.; Dempsey, G. & Cayton, H. (1998): Managing Alzheimer’s Disease: the cost of care per patient. In: British Journal of Health Care Management 4, S. 332–337.

Holz, A. & Jeune, J. (1998): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht ‘99. Geesthacht: Neuland, S. 154–174.

Homma, A.; Takeda, M.; Imai, Y.; Udaka, F.; Hasegawa, K.; Kameyama, M. & Nishimura, T. (2000): Clinical efficacy and safety of donepezil on cognitive and global function in patients with Alzheimer’s disease. A 24-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in Japan. E2020 Study Group. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 11 (6), S. 299–313.

Hoogers, K. (1993): Inkontinenz verstehen. Basel: Reinhardt.

Hooker, P. L.; Barrick, A. L.; Mitchell, M. & Sloane, P. D. (1997): Reliability and validity of the discomfort scale for patients with dementia of the Alzheimer’s type (DS-DAT) as a measure of discomfort during bathing. In: Gerontologist 37 (Special Issue), S. 93–94.

Hope, T.; Keene, J. & Gedling, K. (1998): Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 13, S. 682–690.

Houx, P. J.; Kreeling, F. W. & Jolles, J. (1991): Age-associated cognitive decline is related to biological life events. In: K. Iqbal, D. R. C. McLachlin, B. Winblad & H. M. Wisniewski (Hrsg.): Alzheimer’s disease: Basic mechanisms, diagnosis and therapeutic strategies. Chichester UK: Wiley, S. 353–358.

Hubert, H. B.; Block, D. A. & Fries, J. F. (1993): Risk Factors for Physical Disability in an Aging Cohort: The NHANES I Epidemiologic Followup Study. In: Journal of Rheumatology 20, S. 480–488.

Huhn, S. (2000): Sturz-Risiko-Skala: Was aus dem Tritt bringt. In: Forum Sozialstation (106), S. 46–47.

Hulsegge, J. & Verheul, A. (Hrsg.) (2000): Snoezelen – eine andere Welt. Bd. 8. Marburg: Lebenshilfe.

Hulskers, H. (2001): Die Qualität pflegerischer Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: Pflege 14, S. 39–45.

Hunstein, D. (1997): Patient – Markt – Kunde. Kundenorientierung & Kundenzufriedenheit. Diplomarbeit im Fachbereich Pflege und Gesundheit. Frankfurt a. M.: Fachhochschule.

Hunstein, D. & Bartholomeyczik, S. (2001): DRGs und Pflege. In: Dr. Mabuse 130 (März/April), S. 24–26.

Hunt, L. A.; Murphy, C. F.; Carr, D.; Duchek, J. M.; Buckles, V. & Morris, J. C. (1997): Reliability of the Washington University Road Test. A Performance-Based Assessment for Drivers with Dementia of the Alzheimer Type. In: Archives of Neurology 54 (6), S. 707–712.

Hussian, R. A. & Brown, D. C. (1987): Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. In: Journal of Gerontology 42, S. 558–560.

Hux, M. J.; O’Brien, B. J.; Iskedjian, M.; Goeree, R.; Gagnon, M. & Gauthier, S. (1998): Relation between severity of Alzheimer’s desease and costs of caring. In: Canadina Medical Association Journal 159, S. 457–465.

Iannuzzi, D. & Rowan, A. N. (1991): Ethical Issues in Animal Assisted Therapy Programs. In: Anthrozooes 4, S. 154–163.

Igl, G. (1978): Rechtliche Gestaltung sozialer Pflege- und Betreuungsverhältnisse. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 6 (3), S. 201–255.

Igl, G. (1983): Der Heimvertrag als Regelungsgegenstand. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 63 (4), S. 110–118.

Igl, G. (1993): Gibt es ein internationales Recht der alten Menschen? In: M. Dieck, G. Igl & B. Schwichtenberg-Hilmert (Hrsg.): Dokumente der internationalen Altenpolitik. Bd. I: 1946 bis 1980. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 10–14.

Igl, G. (1995): Die soziale Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen auf die kommunale Sozialpolitik. In: M. Heinze (Hrsg.): Festschrift für Wolfgang Gitter. Wiesbaden: Chmielorz, S. 387–399.

Igl, G. (1996): Finanzierung und Aufbau von Kooperationsformen im Gesundheits- und Sozialwesen. 1. Forum „Brückenschlag“ „Netzwerke pflegerischer Versorgung“, 25. November 1996 in Kiel. In. Bd. 1 Schriftenreihe: Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege, S. 13–22.

Igl, G. (1999a): Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert. In: G. Naegele & R.-M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 317–332.

Igl, G. (1999b): Die unbehelfliche Abgrenzung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V und häuslicher Pflege nach dem SGB XI. In: SGb 48 (3), S. 111–119.

Igl, G. (1999c): Sozialrechtliche Grundlagen für die Erbringung von ambulanten Komplexleistungsprogrammen. In: P. Kruckenberg, H. Kunze, K.-E. Brill & A. Crome (Hrsg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. I. Baden-Baden: Nomos, S. 209–243.

Igl, G. (2000): Zur Problematik der Altersgrenzen aus juristischer Perspektive. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (Suppl. 1), S. I/57–I/70.

Igl, G. (2001): Podiumsdiskussion: „Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion“. (Tagung des BMFSFJ). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 58–67.

Igl, G.; Kühnert, S. & Naegele, G. (1995): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover: Vincentz.

Igl, G. & Welti, F. (1995): Die Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege und ihre Abgrenzung von den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2, S. 117–148.

Ihl, R. & Brinkmeyer, J. (1999): Differential diagnosis of aging, dementia of the Alzheimer type and depression with EEG-segmentation. In: Dementia & Geriatric Cognitive Disorders 10 (2), S. 64–69.

Ince, P. G. (2001): Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. In: The Lancet 357, S. 169–175.

Infratest Burke Sozialforschung (1995): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“. München: Infratest.

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung; Igl, G. & Wasem, J. (2001): Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). Expertise für die Enquetekommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Berlin.

Jackson, J. (1999): The quality challenge. Caring for people with dementia in residential institutions in Europe. Edinburgh: Alzheimer Scotland.

Jacomb, P. A. & Jorm, A. F. (1996): Personality change in dementia of the Alzheimer type. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 201–207.

James, W. (1920): Letter to his Class at Radcliffe College. In: Letters 2, S. 23.

Jani-Le Bris, H. (1995): Das französische Cantou-Modell – Stationäre Mitbetreuung durch Angehörige. In: A.d.D.R. Stuttgart (Hrsg.): Psychogeriatrie in Europa. Stuttgart,

Jansen, B. (1999): Informelle Pflege durch Angehörige. In: B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 604–628.

Jansen, S.; Tschainer, S. & Gräßel, E. (Hrsg.) (1999): Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Jansson, W.; Almberg, B.; Grafström, M. & Winblad, B. (1998): The Circle Model – Support for Relatives of People With Dementia. In: International Journal fo Geriatric Psychiatry 13, S. 674–681.

Jennings, B. (1999): A Life Greater than the Sum of its Sensations: Ethics, Dementia, and the Quality of Life. In: Journal of Mental Health and Aging 5 (1), S. 95–106.

Jerome, L. (1993): Assessment by Telemedicine (letter). In: Hospital andCommunity Psychiatry 44, S. 104–105.

Jeste, D. V. & Caligiuri, M. P. (1993): Tardive dyskinesia. In: Schizophrene Bulletin 19, S. 303–315.

Joakimsen, R. M.; Magnus, J. H. & Fonnebo, V. (1997): Physical Activity and Predisposition for Hip Fractures: A Review. In: Osteoporosis International 7, S. 503–513.

Johns, C. & Freshwater, D. (Hrsg.) (2000): Transforming Nursing Through Reflective Practice. Oxford: Blackwell Science.

Johnson, C. L. & Barer, B. M. (Hrsg.) (1997): Life Beyond 85 Years. The Aura of Survivorship. New York: Springer.

Johnson, C. L. & Troll, L. E. (1994): Constraints and Facilitators to Friendship in Late Life. In: Gerontologist 34 (1), S. 79–87.

Johnson, D. L. & Smith, S. D. (1998): Effects of familiarity and temporal organisation on memory for event schemas in aged and Alzheimer subject. Implications for clinical management. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 12, S. 18–25.

Johnson, M.; Maas, M. & Moorhead, S. (Hrsg.) (2000): Nursing Outcomes Classification (NOC). 2. Aufl. St. Louis: Mosby.

Jonker, C.; Geerlings, M. I. & Schmand, B. (2000): Are memory complaints predicitve for Dementia? A review of clinical and population-based studies. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 983–991.

Jonker, C.; Schmand, B. & Lindeboom, J. (1998): Association between Apolipoprotein Ee4 and the rate of cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with and without dementia. In: Archives of Neurology 55, S. 1065–1069.

Jorm, A. F. (2000): Does Old Age Reduce the Risk of Anxiety and Depression? A Review of Epidemiological Studies Across the Adult Life Span. In: Psychological Medicine 30 (1), S. 11–22.

Jorm, A. F.; Henderson, A. S.; Scott, R.; Christensen, H.; Mackinnon, A. J. & Korten, A. E. (1994): Does education protect against cognitive impairment? A comparison of the elderly in two Australian cities. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 357–363.

Jorm, A. F. & Jolley, D. (1998): The incidence of dementia. A meta-analysis. In: Neurology 51, S. 728–733.

Jorm, A. F.; van Duijn, C. M. & Chandra, V. (1991): Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. In: International Journal of Epidemiology 20 (Suppl.), S. 43–47.

Juchli, L. (1993): Ganzheitliche Pflege. Vision oder Wirklichkeit. 3. Aufl. Basel: Recom.

Juchli, L. (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Junius, U.; Fischer, G. & Niederstadt, C. (1994): Ambulantes geriatrisches Screening – eine Übersicht. Teil 1: Konzept und methodische Entwicklung. In: Zeitschrift für Gerontologie 27 (4), S. 227–232.

Junius, U.; Fischer, G. C. & Kemmnitz, W. (1995): Neue hausärztliche Versorgungsformen für ältere Patienten. Teil I: vom Screening zur Intervention. Das Hannoversche ambulante geriatrische Screening (AGES). In: Geriatrie Forschung 5 (2), S. 71–77.

Juva, K.; Sulkava, R.; Erkinjunntti, T.; Valvanne, J. & Tilvis, R. (1993): Prevalence of dementia in the city of Helsinki. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 87, S. 106–110.

Kaiser, H. (1993): Zwischen Liebe und Aggression – Zur Ethik pflegerischen Handelns. In: Pflege 6, S. 96–101.

Kamke, H.-U. & Scholz, R. D. (1992): Die Berliner Datenbank als Grundlage für die Berechnung von Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. Jahrhundert bis heute, mit besonderer Berücksichtigung der Alter über 60 Jahre. In: A. E. Imhof (Hrsg.): Leben wir zu lange? Die Zunahme unserer Lebensspanne seit 300 Jahren – und die Folgen. Köln: Böhlau Verlag, S. 31–41.

Kannus, P.; Palvanen, M.; Niemi, S.; Parkkari, J.; Natri, A.; Vuori, I. & Jarvinen, M. (1999): Increasing Number and Incidence of Fall-Induced Severe Head-Injuries in Older Adults: Nationwide statistics in Finland in 1970-1995 and Prediction for the Future. In: American Journal of Epidemiology 149 (2), S. 143–150.

Kanowski, S. (1998): Alter/Altern. In: W. Korff, L. Beck & P. Mikat (Hrsg.): Lexikon der Bioethik. Bd. 1. Gütersloh: Verlagshaus, S. 127/128 ff.

Kanowski, S.; Herrmann, W. M.; Stephan, W.; Wierich, W. & Hörr, R. (1996): Proof of Efficacy of the Gingko Biloba Special Ectract EGb761 in Outpatients Suffering From Mild to Moderate Primary Dementia of the Alzheimer Type or Multi-Infarct-Dementia. In: Pharmacopsychiatry 29, S. 47–56.

Kardoff, E. v. (1999): Rehabilitation im Alter. In: B. Jansen, K. F. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 579–603.

Katz, E.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. & Jaffe, M.W. (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and Psychological Function. In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 185, S. 914–919.

Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 87, S. 106–110.

Kauss, T. (1998): Die Bedeutung finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen für die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegediensten und Therapeuten. In: R. Schmidt, H. Braun, U. Giercke, T. Klie & M. Kohnert (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Arbeit. Regensburg: transfer, S. 285–294.

Kauss, T.; Kühnert, S.; Naegele, G.; Schmidt, W. & Schnabel, E. (1998): Vernetzung in der ambulanten geriatrischen Versorgung – die Schlüsselstellung des Hausarztes. Münster: LIT-Verlag.

Kavanagh, S. J. & Yellowlees, P. M. (1995): Telemedicine: Clinical Applications in Mental Health. In: Australian Family Physician 24, S. 1242–1246.

Kayser, H. & Frick, J. R. (2001): Take It or Leave It: (Non-)Take-Up Behavior of Social Assistance in Germany. In: Schmollers Jahrbuch 121, S. 27–58.

Kayser-Jones, J. (1996): Mealtime in Nursing Homes: The Importance of Individualized Care. In: Journal of Gerontological Nursing 22 (3), S. 26–31.

Keller, H. H. (1993): Malnutrition in Institutionalized Elderly: How and Why? In: American Geriatrics Society 41, S. 1212–1218.

Kelly, L. E.; Knox, V. J. & Gekoski, W. L. (1998): Women's Views of Institutional versus Community-Based Long-Term Care. In: Research on Aging 20, S. 218–245.

Kelsey, J. L.; O'Brien, L. A.; Grisso, J. A. & Hoffmann, S. (1989): Issues in Carrying out Epidemiologic Research in the Elderly. In: American Journal of Epidemiology 130, S. 857–866.

Kern, A. O. & Beske, F. (1995): Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung.

Kern, S. (2001): Für Angehörige und Erkrankte zum Auftanken: Betreuungsgruppen in Baden-Württemberg. In: Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?, S. 155–167.

Kessler, J.; Thiel, A.; Karbe, H. & Heiss, W. D. (2000): Piracetam Improves Activated Blood Flow and Facilitates Rehabilitation of Poststroke Aphasic Patients. In: Stroke 31, S. 2112–2116.

Kipp, J. & Kortus, R. (1996): Betreuungskonzepte Demenzkranker: Integration oder Separation Demenzkranker in der Psychiatrie – sind „Demenzstationen" sinnvoll? In: C. Wächtler, R. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.): Demenz. Die Herausforderung.: Verlag Egbert Ramin, S. 179–194.

Kivett, V. R.; Stevenson, M. L. & Zwane, C. H. (2000): Very-Old Rural Adults: Functional Status and Social Support. In: Journal of Applied Gerontology 19, S. 58–77.

Kleijnen, J. & Knipschild, P. (1992): Gingko Biloba. In: The Lancet 340, S. 1136–1139.

Klie, T. (1988): Heimaufsicht. Praxis – Probleme – Perspektiven. Eine rechtstatsächliche Untersuchung zur Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsicht nach dem Heimgesetz. Hannover: Vincentz.

Klie, T. (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege & Krankenhausrecht 1, S. 13–17.

Klie, T. & Krahmer, U. (Hrsg.) (1998): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar LPK – SGB XI. Baden-Baden: Nomos.

Kliebsch, U.; Fleischle, B.; Busch, S.; Huchler, U.; Pfaff, A. & Brenner, H. (2000a): Determinants of the Utilization of Financial versus Professional Aid for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care Insurance. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8, S. 78–90.

Kliebsch, U.; Reiser, K. & Brenner, H. (1997): Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Das Gesundheitswesen 59 (S1), S. 34–41.

Kliebsch, U.; Siebert, H. & Brenner, H. (2000b): Extent and Determinants of Hospitalization in a Cohort of Older Disabled People. In: Journal of the American Geriatrics Society 48, S. 289–294.

Kliebsch, U.; Stürmer, T.; Siebert, H. & Brenner, H. (1998): Risk Factors of Institutionalization in an Elderly Disabled Population. In: European Journal of Public Health 8, S. 106–112.

Klimek, L.; Moll, B. & Kobal, G. (2000): Riech- und Schmeckvermögen im Alter. In: Deutsches Ärzteblatt 97, S. 782–788.

Klostermann, M.; Steinkamp, G.; Tropberger, F. & Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 426–437.

Knäpple, A. (2000): Verbesserung der Qualität der Pflege. In: Die Ersatzkasse (3), S. 102–104.

Knäpple, A.; Rümmele, A. & Zaberer, C. (Hrsg.) (1997): Kundenbefragung in der ambulanten Pflege – Ein Modellprojekt. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Knezevich, S.; Mubrin, Z.; Risberg, J.; Vucinic, G.; Spilich, G.; Gubarev, N. & Wannenmacher, W. (1989): Pyritinol Treatment of SDAT Patients: Evaluation by Psychiatric and Neurological Examination, Psychometric Testing and rCBF Measurements. In: International Journal of Clinical Psychopharmacology 4, S. 25–38.

Knipscheer, C. P. M. (1986): Anomie in der Mehrgenerationenfamilie: Kinder und die Versorgung ihrer alten Eltern. In: Zeitschrift für Gerontologie 19 (1), S. 40–46.

Knopf, H. & Melchert, H.-U. (1999): Subjektive Angaben zur Anwendung ausgewählter Arzneimittelgruppen. Erste Ergebnisse des Bundes-Gesundheits-Surveys 1998. In: Das Gesundheitswesen 61(SH2), S. 151–157.

Knopman, D. et al. (1996): Long-Term Tacrine (Cognex) Treatment: Effects on Nursing Home Placement and Mortality. In: Neurology 47, S. 166–177.

Koenig, H. G.; Siegler, R. C.; Meador, K. G. & George, L. K. (1990): Religious Coping and Personality in Later Life. In: International Journal fo Geriatric Psychiatry 5, S. 123–131.

Koger, S. M. & Brotons, M. (2000): Music Therapy for Dementia Symptoms. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD001121.

Kohlberg, L. (1981): Essays on Moral Development. Bd. 1. The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice. San Francisco.

Kohli, M. & Künemund, H. (1999): Die Bedeutung privater intergenerationeller Hilfeleistungen und Transfers. In: WSI-Mitteilungen 52 (1), S. 20–25.

Kohli, M. & Künemund, H. (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alterssurvey. Lebenslauf – Alter – Generationen. Bd. 1. Opladen: Leske+Budrich.

Köhring, C. (2001): Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein – Eine rechtstatsächliche Untersuchung. Kiel: Dissertation (noch nicht veröffentlicht).

Koivisto, K. (1995): Population-Based Dementia Screening Program in the City of Kuopio, Eastern Finland. Kuopio: University of Kuopio, Department of Neurology.

Kolominsky-Rabas, P. et al. (1998): A Prospective Community-Based Study of Stroke in Germany – The Erlangen Stroke Project (ESPro). In: Stroke 29, S. 2501–2506.

Kondo, K.; Niino, M. & Shido, K. (1994): A case-control study of Alzheimer's disease in Japan – significance of life-styles. In: Dementia 5, S. 314–326.

Kooij, C. v. d. (1993): Validation in den Niederlanden: Theorieentwicklung auf der Basis von Praxiserfahrung. In: Altenpflege 18(2).

Kopetz, S.; Steele, C. D. & Brandt, J. (2000): Characteristics and outcomes of dementia residents in an assisted living facility. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 586–593.

Kramer, A. F.; Hahn, S. & Cohen, N. J. (1999): Ageing, fitness and neurocogntive function. In: Nature 400, S. 418–419.

Krampen, G. (1988): Entwicklungsbezogene Korrelate sozialen Engagements bei Männern im Ruhestand. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 4, S. 285–295.

Krause, N. (1993): Measuring Religiosity in Later Life. In: Research on Aging 15, S. 170–197.

Krause, P. (1978): Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln? Gutachten E für den 52. Deutschen Juristentag in Wiesbaden. (Peter Krause für die Sozialrechtlichen Abteilungen). München: Beck.

Krauss, B.; Cornelsen, J.; Lauter, H. & Schlegel, M. (1977): Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen. In: R. Degkwitz, H. Radebold & P. W. Schulte (Hrsg.): Janssen-Symposien. Gerontopsychiatrie 4. Düsseldorf: Janssen, S. 18–32.

Krebsregister Saarland (2000): Jahresbericht 1996/97. Saarbrücken: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes.

Kretschmar, J. H. (1993a): Die Bedeutung des niedergelassenen Nervenarztes für die gerontopsychiatrische Versorgung. In: H.-J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): Psychische Krankheiten im Alter. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 529–537.

Kretschmar, J. H. (1993b): Gerontopsychiatrische Versorgung aus Sicht des niedergelassenen Nervenarztes. In: C. Kulenkampff & S. Kanowski (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Tagungsberichte. Bd. 20. Köln: Rheinland-Verlag, S. 45–52.

Kreuzer, A. & Hürlimann, M. (1992): Alte Menschen als Täter und Opfer. Alterskriminologie und humane Kriminalpolitik gegenüber alten Menschen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Baden-Baden: Nomos.

Krohwinkel, M. (1998): Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: J. Osterbrink (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg. Bern: Huber, S. 134–154.

Kruckenberg, P.; Kunze, H.; Brill, K.-E. & Crome, A. (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band I und II. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Baden-Baden: Nomos.

Kruse, A. (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: Zeitschrift für Gerontologie 27 (1), S. 42–51.

Kruse, A. (1995): Aufgaben und Erfolge der ambulanten Rehabilitation älterer Patienten - Ergebnisse der Aachener Längsschnittstudie. In: R. Schmidt & W. Vogel (Hrsg.): Behandlung und Rehabilitation vor Pflege. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 81–96.

Kruse, A. & Wahl, H.-W. (1999a): II. Persönlichkeitsentwicklung im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 279–293.

Kudo, T.; Imaizumi, K.; Tanimukai, H. & al., e. (2000): Are Cerebrovascular Factors Involved in Alzheimer's Disease? In: Neurobiology of Aging 21 (2), S. 215–224.

Kuhlmey, A. & Landenberger, M. (Hrsg.) (1997): Wettbewerbsorientierte Dienstleistungsstrategien und Unternehmenskonzepte von Pflegeeinrichtungen in den neuen und alten Bundesländern. Forschungsbericht. Berlin.

Kuhlmey, A. & Winter, M. H.-J. (2000): Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege. Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (6), S. 480–484.

Kühn, H. (2001): Integration der Medizin-Versorgung. In: WZB-Mitteilungen 92, S. 31–34.

Kühnert, S.; Kauss, T.; Schmidt, W. & Schnabel, E. (1998): Erfahrungen mit der kooperativen Qualitätssicherung – das Projekt des Instituts für Gerontologie. In: T. Klie (Hrsg.): Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Ev. Fachhochschule Freiburg, S. 130–145.

Kuller, L. H. (2000): Epidemiology and Prevention of Stroke, Now and in the Future. In: Epidemiologic Reviews 22 (1), S. 14–17.

Kumari, M.; Brunner, E. & Fuhrer, R. (2000): Minireview: Mechanisms by Which the Metabolic Syndrome and Diabetes Impair Memory. In: Journal of Gerontology: Biological Sciences 55a (5), S. B228–232.

Künemund, H. & Hollstein, B. (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske+Budrich, S. 212–276.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1992): Mit der „Gerontopsychiatrischen Übergangspflege“ können verwirrte alte Menschen nach einem Aufenthalt im Krankenhaus wieder nach Hause: Ein Modellprojekt in Berlin. In: Presse- und Informationsdienst KDA Köln 7, S. 13–14.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1995): Stärkung der Selbständigkeit und Mitwirkung von Heimbewohnern. Erfahrungen in Deutschland und ausgewählten europäischen Ländern. Dokumentation einer Fachtagung am 27./28. März 1995 in Bonn. In: vorgestellt (56).

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1997): Planung humaner Pflegeheime – Erfahrungen und Empfehlungen. KDA Reihe Architektur+Gerontologie. Bd. 1. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kurz, A. (1998): „BPSSD“: Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? In: Nervenarzt 69, S. 269–273.

Kurz, A.; Haupt, M.; Müller-Stein, M. & Romero, B. (1991): Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie von organisch bedingten psychischen Störungen. In: Psychiatrische Praxis 18, S. 109–114.

Küster, C. (1998): Zeitverwendung und Wohnen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Frankfurt, New York: Campus, S. 51–175.

Kutner, N. G.; Brown, P. J. & Stavinsky, R. C. (2000): „Friendship“ interactions and expression of agitation among residents of a dementia care unit. In: Research on Aging 22, S. 188–205.

Kutner, N. G.; Mistretta, E. F.; Barnhart, H. X. & Belodoff, B. F. (1999): Family member’s perceptions of quality of life change in dementia SCU residents. In: Journal of Applied Gerontology 18 (4), S. 423–439.

La Vecchia, C.; Negri, E.; Franceschi, S. & Gentile, A. (1992): Family History and the Risk of Stomach and Colorectal Cancer. In: Cancer 70, S. 50–55.

Lafaille, R. & Puyvelde, E.v. (1993): Theorievielfalt in den Gesundheitswissenschaften und Auswirkungen auf die Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (12), S. 856–863.

Lamprecht, P. & Bracker, M. (Hrsg.) (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.

Lappe, J. M. (1998): Prevention of Hip Fractures: A Nursing Imperative. In: Orthopaedic Nursing 3 (3), S. 15–24.

Launer, L. J.; Andersen, K. & Dewey, M. E. (1999): Rates and risk factors for dementia and Alzheimer’s disease. Results from EURODEM pooled analyses. In: Neurology 52, S. 78–84.

Launer, L. J. & Hofman, A. (2000): Frequency and Impact of Neurologic Diseases in the Elderly of Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 1–3.

Lauter, H. & Meyer, J. E. (1992): Die neue Euthanasiediskussion aus psychiatrischer Sicht. In: Fortschrittliche neurologische Psychiatrie 60, S. 441–448.

Lauterbach, K. W. & Stock, S. (2001): Disease Management wird aktiviert. In: Deutsches Ärzteblatt 98 vom 27. Juli 2001, S. 1666–1668.

Lawton, M. P. (1981): Sensory deprivation and the effect of the environment on the management of the patients with senile dementia. In: N. Miller & G. Cohen (Hrsg.): Clinical aspects of Alzheimer’s disease and senile dementia. New York: Raven Press, S. 227–251.

Lawton, M. P. (1987): Environment and the need satisfaction of the aging. In: L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Hrsg.): Handbook of clinical gerontology. New York: Pergamon Press, S. 33–40.

Lawton, M. P. (1997): Assessing Quality of Life in Alzheimer Disease Research. In: Alzheimer’s Disease and Associated Disorders 11 (Suppl. 6), S. 91–99.

Lawton, M. P.; Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996): Observed Affect and Quality of Life in Dementia: Further Affirmations and Problems. In: Journal of Mental Health and Aging 5, S. 69–81.

Lawton, M. P.; Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1998): A stimulation-retreat Special Care Unit for elders with dementing illness. In: International Psychogeriatrics 10, S. 379–395.

Lawton, M. P.; Weisman, G. D. & Sloane, P. D. (2000): Professional Environmental Assessment Procedure for Special Care Units for elders with dementing illness and its relationship to the Therapeutic Environment Screening Schedule. In: Alzheimer’s Disease and Associated Disorders 14, S. 28–38.

Lawton, M. P.; Weisman, G. D.; Sloane, P. D. & Calkins, M. (1997): Assessing environment for older people with chronic illness. In: J. Teresi, M. P. Lawton, D. Holmes & M. Ory (Hrsg.): Measurement in elderly chronic care populations. New York: Springer, S. 193–209.

Le Bars, P. L.; Katz, M. M.; Berman, N.; Itil, T. M.; Freedman, A. M. & Schatzberg, A.F. (1997): A Placebo-Controlled, Double-Blind, Randomized Trial of an Extract of Ginkgo Biloba for Dementia. In: Journal of the American Medical Association 278, S. 1327–1332.

Le Bars, P. L.; Kieser, M. & Itil, K. Z. (2000): A 26-Week Analysis of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of the Gingko Biloba Extract EGb 761 in Dementia. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 11, S. 230–237.

Lechner, V. M. & Gupta, C. (1996): Employed Caregivers: A Four-Year Follow-Up. In: Journal of Applied Gerontology, S. 102–115.

Ledesert, B. & Ritchie, K. (1994): The diagnosis and management of senile dementia in general practice. A study of 301 general practitioners in the Montpellier region. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9 (1), S. 43–46.

Lee, J. H.; Kim, J. H.; Jhoo, J. H.; Lee, K. U.; Kim, K. W.; Lee, D. Y. & Woo, J. I. (2000): A Telemedicine System as a Care Modality for Dementia Patients in Korea. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 14, S. 94–101.

Lehmkuhl, D.; Bosch, G. & Steinhart, I. (1985): Psychisch Kranke in Altenheimen – Fehlplazierung, Bedarf und Versorgungsstruktur. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 47, S. 320–325.

Lehr, U. (1987): Zur Situation der älterwerdenden Frau. Bestandsaufnahme und Perspektiven bis zum Jahre 2000. München: Beck.

Lehr, U. (1991): Hundertjährige – ein Beitrag zur Langlebigkeitsforschung. In: Zeitschrift für Gerontologie 24, S. 227–232.

Lehr, U. (1996): Psychologie des Alterns. 8. Aufl. Wiesbaden: Quelle & Meyer.

Lehr, U. (1997): Gesundheit und Lebensqualität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10, S. 277–287.

Lehr, U. & Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.

Leipzig, R. M.; Cumming, R. G. & Tinetti, M. E. (1999a): Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Psychotropic Drugs. In: Journal of the American Geriatrics Society 47 (1), S. 30–39.

Leipzig, R. M.; Cumming, R. G. & Tinetti, M. E. (1999b): Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis: II Cardiac and Analgesic Drugs. In: Journal of the American Geriatrics Society 47 (1), S. 40–50.

Leistner, K.; Lürken, L. & Wagner, A. (2000): Epidemiologische und nosologische Analysen zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. In: M. Arnold, M. Litsch & F. W. Schwartz (Hrsg.): Krankenhausreport '99. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 119–131.

Leistner, K.; Meier-Baumgartner, H.-P. & Pientka, L. (2001): Entwurf für eine Hamburger Erklärung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 57–60.

Lennartson, C. (1999): Social Ties and Health Among Very Old in Sweden. In: Research on Aging 21, S. 657–681.

Lenzen-Großimlinghaus, R. & Steinhagen-Thiessen, E. (2000): Geriatrie und geriatrische Rehabilitation. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 290–295.

Leon, J.; Cheng, C. K. & Alvarez, R. J. (1997): Trends in special care: Changes in SCU from 1991 bis 1995. In: Journal of Mental Health and Aging 3 (2), S. 149–168.

Letenneur, L.; Commenges, R. D. & Dartigues, J. F. (1994): Incidence of dementia and Alzheimer's disease in elderly community residents of south-western France. In: International Journal of Epidemiology 23, S. 1256–1261.

Letenneur, L.; Gilleron, R. D. & Commenges, R. D. (1999): Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 66, S. 177–183.

Levine, J. A.; Eberhardt, N. L. & Jensen, M. D. (1999): Role of Nonexercise Activity Thermogenesis in resistance to fat gain in humans. In: Science 283, S. 212–214.

Lieberman, J.; Kane, J. M. & Woerner, M. (1984): Prevalence of tardive dyskinesia in elderly samples. In: Psychopharmacology Bulletin 20, S. 22–26.

Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung. Bereich Forschung.

Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A. L. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996): Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 475–495.

Lindenberger, U. & Baltes, P. B. (1997): Intellectual Functioning in Old and Very Old Age: Cross-Sectional Results from the Berlin Aging Study. In: Psychology and Aging 12, S. 410-432.

Lindesay, J.; Briggs, K. & Lawes, M. (1991): The Domus philosophy: A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 727–736.

Litwin, H. & Landau, R. (2000): Social Network Type and Social Support Among the Old-Old. In: Journal of Aging Studies 14, S. 213–228.

Lobo, A.; Launer, L. J.; Fratiglioni, L.; Andersen, K.; Di Carlo, A.; Breteler, M. M. B. & al., e. (2000): Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 4–9.

Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Dia, J L. & De La Camera, C. (1995): The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in a Southern European Population. The Zaragoza Study. In: Archives of General Psychiatry 52, S. 497–506.

Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. & Morales, F. (1992): Incidence of Dementia and Other Psychiatric Conditions in the Elderly: Zaragoza Study. In: Neuroepidemiology 11 (Suppl. 1), S. 52–56.

Lonnqvist, J. K. (2000): Epidemiology and Causes of Suicide. In: M. G. Gelder, J. J. J. Lopez-Ibor & N. C. Andreasen (Hrsg.): New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press, S. 1033–1039.

Loos, S.; Plate, A.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H.-P.; Oster, P.; Vogel, W. & Steinhagen-Thiessen, E. (2001): Geriatrische Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (1), S. 61–73.

Lopez, O. L.; Wisnieski, S. R. & Becker, J. T. (1997): Extrapyramidal signs in patients with probable Alzheimer disease. In: Archives of Neurology 54, S. 969–975.

Lopez-Arrieta, J. M. & Birks, J. (2000): Nimodipine for Primary Degenerative, Mixed and Vascular Dementia. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD000147.

Lord, S. R.; Sherrington, C. & Menz, H. B. (Hrsg.) (2001): Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention. Cambridge: Cambridge University Press.

Lord, S. R.; Ward, J. A.; Williams, P. & Anstey, K. J. (1993): An Epidemiological Study of Falls in Older Community-Dwelling Women: The Randwick Falls and Fractures Study. In: Australian Journal of Public Health 17 (3), S. 240–245.

Loss, S. et al. (2001): Geriatrische Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 61–73.

Lovell, B. B.; Ancoli-Israel, S. & Gevirtz, R. (1995): Effect of Bright Light Treatment on Agitated Behavior in Institutionalized Elderly Subjects. In: Psychiatry Research 57(1), S. 7–12.

Lowery, K.; Buri, H. & Ballard, C. (2000): What is the prevalence of environmental hazards in the homes of dementia sufferers and are they associated with falls. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 883–886.

Lübke, N. (2001): Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. Diganosis-related groups (DRGs). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl. 1), S. I/63–I/69.

Lucchelli, F.; Lopez, O. L.; Faglioni, P. & Boller, F. (1993): Indeomotor and ideational apraxia in Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 413–417.

Lüders, I. (1994): Angehörige in der Pflege, Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: H. Braun, T. Klie, M. Kohnert & I. Lüders (Hrsg.): Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Schriftenreihe der Hamburger AG für Fortbildung in der Altenhilfe. Bd. 8. Melsungen: Bibliomed, S. 165–184.

Lund, D. A.; Hill, R. D.; Caserta, M. S. & Wright, S. D. (1995): Video Respite: An innovative resource for family, professional caregivers, and person with dementia. In: The Gerontologist 35(5), S. 683–687.

Lundberg, C.; Johannson, K.; Ball, K. & Blomqvist, C. (1997): Dementia and driving: An attempt at consensus. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (1), S. 28–37.

Lürken, L. (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl 1), S. I/49–I/56.

Lüscher, K. & Pillemer, K. (1996): Die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen. Konstanz: Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“ (Arbeitspapier Nr. 22).

Lutterotti, M. v. (1994): Sterbebegleitung als Aufgabe des Arztes. In: J.-C. Student (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus, S. 44–56.

Lutzky, S. M. & Knight, B. G. (1994): Explaining Gender Differences in Caregiver Distress: The Roles of Emotional Attentiveness and Coping Styles. In: Psychology and Aging 9 (4), S. 513–519.

Lyketsos, C. G.; Chen, L. S. & Anthony, J. C. (1999): Cognitive decline in adulthood: An 11,5-year follow-up of the Baltimore epidemiologic catchment area study. In: American Journal of Psychiatry 156, S. 58–65.

Lyman, K. A. (1989): Day care for persons with dementia. The impact of the physical environment on staff stress and quality of care. In: The Gerontologist 29, S. 557–560.

Lynch, S. M. (2000): Measurement and Prediction of Aging Anxiety. In: Research on Aging 22 (5), S. 533–558.

Maas, I.; Borchelt, M. & Mayer, K. U. (1996): Kohortenschicksale der Berliner Alten. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 109–134.

Mac Rae, H. (1992): Fictive Kin as a Component of the Social Networks of Older People. In: Research on Aging 14, S. 226–247.

Mace, N. (1989): A New Method for Studying the Patient's Experience of Care. In: American Journal of Alzheimer Care 4, S. 4–6.

Macey, S. M. & Schneider, D. F. (1995): Fraility and Mortality Among the Elderly. In: Journal of Applied Gerontology 14, S. 22–32.

Maciejewski, B.; Sowinski, C.; Besselmann, K. & Rückert, W. (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Mack, J. L. & Whitehouse, P. J. (2001): Quality of Life in Dementia: State of the Art – Report of the International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines and the Alzheimer's Society Satellite Meeting. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 15, S. 69–71.

Magai, C.; Cohen, C. I.; Culver, C.; Gomberg, D. & Malatesta, C. (1997): Relation between premorbid personality and patterns of emotion expression in mid- to late-stage dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 1092–1099.

Maggi, S.; Zucchetto, M.; Grigoletto, F. & al., e. (1994): The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and Methods. In: Aging-Clinical Experimental Research 6, S. 464–473.

Mahoney, D. F.; Tarlow, B. & Sandaire, J. (1998): A computer-mediated intervention for Alzheimer's caregivers. In: Computers in Nursing 16 (4), S. 208–216, 217–218.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. In: Maryland State Medical Journal 14, S. 61–65.

Mant, A.; Eyland, E. A.; Pond, D. C.; Saunders, N. A. & Chancellor, A. H. B. (1988): Recognition of dementia in general pracitice: Comparison of general practitioners' opinions with assessments using the Mini-Mental State Examination and the Blessed Dementia Rating Scale. In: Family Practice 5, S. 184–188.

Manubens, J. M.; Martinez-Lage, J. M.; Lacruz, F. & al., e. (1995): Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders in Pamplona, Spain. In: Neuroepidemiology 14, S. 155–164.

Markus, K. (1993): Heimbeiräte – Mitbestimmung und Mitgestaltung im Heim. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenszugewandtes Altern. Schriftenreihe. Bd. 17. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 57–63.

marmas bonn (2000): AMA 2000. Altenpflege Markt- und Leseranalyse. Expertenband. Hannover: Vincentz.

Marshall, M. (1996): Dementia and technology: some ethical considerations. In: H. Mollenkopf (Hrsg.): Elderly people in industrialized societies: social integration in old age by or despite technology? Berlin: Ed. Sigma, S. 207–215.

Marsiske, M.; Delius, J.; Maas, I.; Lindenberger, U.; Scherer, H. & Tesch-Römer, C. (1996): Sensorische Systeme im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 379–404.

Martichuski, D. K.; Bell, P. A. & Bradshaw, B. (1996): Including small group activities in large Special Care Units. In: Journal of Applied Gerontology 15, S. 224–237.

Martin, B. C.; Ricci, J. F.; Kotzan, J. A.; Lang, K. & Menzin, J. (2000): The Net Cost of Alzheimer Disease and Related Dementia: A Population-Based Study of Georgia Medicaid Recipients. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 14, S. 151–159.

Martin, G. M.; Austad, S. N. & Johnson, T. E. (1996): Genetic Analysis of Aging: Role of Oxidative Damage and Environmental Stresses. In: Nature Genetics 13, S. 25–34.

Martin, P. (1997): Langlebigkeit als Entwicklungsprozess: Zeitgeschichtliche und individuelle Perspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 (1), S. 3–9.

Martin, P.; Ettrich, K. U.; Lehr, U.; Roether, D.; Martin, M. & Fischer-Cyrulies (2000): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt: Steinkopff.

Martin, P.; Hagberg, B. & Poon, L. W. (1997): Predictors of Loneliness in Centenarians: A Parallel Study. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology 12, S. 203–224.

Masdeu, J. C.; Sudarsky, L. & Wolfson, L. (1997): Gait disorders of aging. Falls and therapeutic strategies. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven.

Maslow, A. H. (1954): Motivation and Personality. New York: Harper.

Matter, C. & Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie (2), S. 51–59.

Maurer, K.; Ihl, R.; Dierks, T. & Frölich, L. (1997): Clinical Efficacy of Ginkgo Biloba Special Extract EGb761 in Dementia of the Alzheimer Type. In: Journal of Psychiatric Research 31, S. 645–655.

Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag.

Mayer, K. U. & Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: K. U. Mayer & P. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 251–275.

Mayer, R. & Darby, S. (1991): Does a mirror defer wandering in demented older people? In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 607–609.

Mayeux, R.; Ottmann, R. & Maestre, G. (1995): Synergistic effects of traumatic head injury and apolipoprotein-epsilon 4 in patients with Alzheimer's disease. In: Neurology 45, S. 555–557.

Mc Closkey, J. C. & Bulechek, G. M. (Hrsg.) (2000): Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby.

Mc Neil, J. K. (1995): Effects of Nonprofessional Home Visit Programs for Subclinically Unhappy and Unhealthy Older Adults. In: Journal of Applied Gerontology 14, S. 333–342.

McAreavey, M.; Ballinger, B. & Fenton, G. (1992): Epileptic seizures in elderly patients with dementia. In: Epilepsia 33, S. 657–660.

McAuslane, L. & Sperlinger, D. (1994): The effects of relocation on elderly people with dementia and their nursing staff. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 981–984.

McCurry, S. M.; Edland, S. D.; Teri, L.; Kukull, W. A.; Bowen, J. D.; McCormick, W. C. & Larson, E. B. (1999): The Cognitive Abilities Screening Instrument (CSAI): Data from a cohort of 2524 cognitively intact elderly. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14, S. 882–888.

McDonald, L.; Collins, A. & Health Canada (1998): Abuse and Neglect of Older Adults: A Discussion Paper. Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence. Health Promotion and Program Branch.

McIntosh, A. R.; Sekuler, A. B.; Penpeci, C.; Rajah, M. N.; Grady, C. L.; Sekuler, R. & Bennett, P. J. (1999): Recruitment of unique neural systems to support visual memory in normal aging. In: Current Biology 9, S. 1275–1278.

McKeith, I. & Byrne, J. (1997): Lewy-Körperchen Demenz. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 303–308.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (1997): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2000): Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (überarbeitete Fassung).

Mega, M. S.; Cummings, J. L.; Fiorello, T. & Gornbein, J. (1996): The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. In: Neurology 46, S. 130–135.

Meier, D. (1995): Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Bern: Lang.

Meier, D. (1999): Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 12 (2), S. 85–96.

Meier-Baumgartner, H.-P. (2001): Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl 1), S. I/1–I/9.

Meier-Baumgartner, H.-P.; Blum, H. E.; Haas, R. & Meins, W. (2000): Determinanten der Schlaganfall-Rehabilitation. Ergebnisse der Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie (PASS). Stuttgart, New York: Thieme.

Meier-Baumgartner, H. P. & Dapp, U. (2001): Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und Geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 204. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Meier-Baumgartner, H.-P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Thiessen, E. & Vogel, W. (1998): Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung. 2. Aufl. Jena: Gustav Fischer.

Melchert, H. U.; Görsch, B. & Hoffmeister, H. (Hrsg.) (1995): Nichtstationäre Arzneimittelanwendung und subjektive Arzneimittelverträglichkeit in der bundesdeutschen Wohnbevölkerung der 25- 69-Jährigen. Ergebnisse der Erhebung des ersten Nationalen Untersuchungs-Surveys 1984–1986. RKI Schriften 1/95. München: MMV Medizin Verlag.

Meleis, A. I. (1999): Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Huber.

Melin, L. & Götestam, K. G. (1981): The Effects of Rearranging Ward Routines on Communication and Eating Behaviors of Psychogeriatric Patients. In: Journal of Applied Behavior Analysis 14, S. 47–51.

Mensdorf, B. (2000): Lebensqualität und Leidensverlängerung. In: Pflegezeitschrift, S. 711–715.

Meunier, P. J. (1997): Geriatrie findet zu Hause statt. In: Der Hausarzt (19), S. 9–12.

Meyer, M. (1998): Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen. Bern: Huber.

Meyer, S. & Schulze, E. (1998): Smart Home – eine Hilfe für den Alltag. In: Heilberufe ambulant 6, S. 8–9.

Meyer, S.; Schulze, E. & Müller, P. (1997): Das intelligente Haus – selbständige Lebensführung im Alter. Möglichkeiten und Grenzen vernetzter Technik im Haushalt älterer Menschen. Frankfurt a. M.: Campus.

Miesen, B. M. L. (1993): Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 147–153.

Miles, I. (1985): Social Indicators for Human Development. London.

Miller, C.; Ross, N. & Freeman, M. (1999): Shared Learning and Clinical Teamwork: New Directions in Education for Multiprofessional Practice. London: The English National Board for Nursing, Midwifery, and Health Visiting.

Mishima, K.; Okawa, M.; Hishikawa, Y.; Hozumi, S.; Hori, H. & Takahashi, K. (1994): Morning Bright Light Therapy for Sleep and Behavior Disorders in Elderly Patients with Dementia. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 89, S. 1–7.

Mittelmann, M. S.; Ferris, S. H.; Shulman, E.; Steinberg, G. & Levin, B. (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. In: Journal of the American Medical Association 276, S. 1725–1731.

Mittelstraß, J. et al. (1992): Wissenschaft und Altern. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: de Gruyter, S. 695–720.

Mix, S.; Borchelt, M.; Nieczaj, R.; Trilhof, G. & Steinhagen-Thiessen, E. (2000): Telematik in der Geriatrie. Potentiale, Probleme und Anwendungserfahrungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (3), S. 195–204.

Mohs, R. C.; Doody, R. S.; Morris, J. C.; Ieni, J. R.; Rogers, S. L.; Perdomo, C. A. & Pratt, R. D. (2001): A 1-year, placebo-controlled preservation of function survival study of denepezil in AD patients. In: Neurology 57 (3), S. 481–488.

Monane, M.; Bohn, R. L.; Gurwitz, J. H.; Glynn, R. J. & Avorn, J. (1994): Noncompliance With Congestive Heart Failure Therapy in the Elderly. In: Archives of Internal Medicine 154, S. 433–437.

Montgomery, R. J. V. & Hirshorn, B. A. (1991): Current and Future Family Help With Long-Term Care Needs of the Elderly. In: Research on Aging 13, S. 171–204.

Mooney, P. & Nicell, P. L. (1992): The importance of exterior environment for Alzheimer residents. Effective care and risk managment. In: Healthcare Management Forum 5, S. 23–29.

Moore, K. D. (1999): Dissonance in the Dining Room: A Study of Social Interaction in a Special Care Unit. In: Qualitative Health Research 9, S. 133–155.

Mori, E.; Hirono, N. & Yamashita, H. (1997): Premorbid brain size as a determinant of reserve capacity against intellectual delcine in Alzheimer's disease. In: American Journal of Psychiatry 154, S. 18–24.

Mörike, K. & Schwab, M. (2000): Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter. In: T. Nikolaus (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 207–217.

Morris, M. C.; Beckett, L. A.; Scherr, P. A.; Hebert, L. E.; Bennett, D. A.; Field, T. S. & Evans, D. A. (1998): Vitamin E and Vitamin C supplement use and risk of incident Alzheimer disease. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 12, S. 121–126.

Motel, A. (2000): Einkommen und Vermögen. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partzipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske+Budrich, S. 41–101.

Motel-Klingebiel, A. (2000): Alter und Generationenvertrag im Wandel des Sozialstaates: Alterssicherung und private Generationenbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Berlin: Weißensee-Verlag.

Motel-Klingebiel, A.; Kondratowitz, H.-J. v. & Tesch-Römer, C. (2001): Unterstützung und Lebensqualität im Alter. In: A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz & C. Tesch-Römer (Hrsg.): Lebensqualität im Alter - Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Opladen: Leske+Budrich, S. 201–228.

Motyka, M.; Motyka, H. & Wsolek, R. (1997): Elements of Psychological Support in Nursing Care. In: Journal of Advanced Nursing 26, S. 909–912.

Mozley, C. G.; Huxley, P. & Sutcliffe, C. (1999): „Not knowing where I am doesn't mean I don't know what I like": cognitive impairment and quality of live response in elderly people. In: International Journal fo Geriatric Psychiatry 14, S. 776–783.

Mrozynski, P. (1996): Zusammenwirken mehrerer Leistungsträger bei der Leistungsrealisierung. In: Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.): Leistungsrealisierung und Leistungsstörungen im Sozialrecht. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV). Bd. 41. Wiesbaden: Chmielorz, S. 65–124.

Mrozynski, P. (1999): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. In: P. Kruckenberg, H. Kunze, K.-E. Brill & A. Crome (Hrsg.): Von institutionszu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung Band 116/2II. Baden-Baden: Nomos, S. 35–208.

Mrozynski, P. (2001): Rehabilitationsleistungen – Integrierte Versorgung im gegliederten System. In: SGb, S. 277 ff.

Müller, D. (Hrsg.) (1999): Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. Thema Nr. 151. Köln: KDA.

Müller, E. (1999): Pflegewissenschaft und Naturwissenschaften. In: Pflege 12, S. 35–41.

Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Bern: Huber.

Müller, M. (2000): Hospiz-Palliativstationen: eine Gegenüberstellung. In: Die Hospiz-Zeitschrift. 2 (16).

Müller, W. E. (1992): Klinische Pharmakologie und Psychopharmaka im Alter. In: H. Häfner & M. Hennerici (Hrsg.): Psychische Krankheiten und Hirnfunktionen im Alter. Stuttgart: Gustav Fischer, S. 171–185.

Müller-Daehn, S. & Fooken, I. (1993): Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung Bd. III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 281–395.

Müller-Hergl, C. (2000): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Müller-Mundt, G.; Brinkhoff, P. & Schaeffer, D. (2000): Schmerzmanagement und Pflege – Ergebnisse einer Literaturanalyse. In: Pflege 13 (5), S. 325–338.

Mullins, L. C. & Mushel, M. (1992): The Existence and Emotional Closeness of Relationships With Children, Friends, and Spouses. In: Research on Aging 14, S. 448–470.

Mulrow, C. D.; Cornell, J. A.; Herrera, C. R. & al., e. (1994): Hypertension in the Elderly. Implications and Generalizability of Randomized Trials. In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 272, S. 1932–1938.

Münnich, M. (2000): Einkommens- und Geldvermögensverteilung privater Haushalte in Deutschland – Teil 1. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. In: Wirtschaft und Statistik (9), S. 679–691.

Münnich, M. (2001a): Einkommens- und Vermögensbeteiligung privater Haushalte in Deutschland – Teil 2. In: Wirtschaft und Statistik (7), S. 121–137.

Münnich, M. (2001b): Zur wirtschaftlichen Lage von Rentner- und Pensionärshaushalten. In: Wirtschaft und Statistik (7), S. 546–571.

Munoz, D. G.; Ganapathy, G. R.; Eliasziw, M. & Hachinski, E. (2000): Educational attainment and socioecnomic status of patients with autopsy-confirmed Alzheimer disease. In: Archives of Neurology 57(1), S. 85–89.

Murphy, E. (1982): Social Origins of Depression in Old Age. In: British Journal of Psychiatry 141, S. 135–142.

Murphy, J. M.; Monson, R. R.; Olivier, D. C.; Zahner, G. E. P.; Sobol, A. M. & Leighton, A. H. (1992): Relations Over Time Between Psychiatric and Somatic Disorders: The Stirling County Study. In: American Journal of Epidemiology 136, S. 95–105.

Mutchler, J. E. & Bullers, S. (1994): Gender Differences in Formal Care Use in Later Life. In: Research on Aging 16, S. 235–250.

Myllykangas, L.; Polvikoski, T. & Sulkava, R. (1999): Genetic association of alpha2-Macroglobulin with Alzheimer's disease in a Finnish elderly population. In: Annals of Neurology 46, S. 382–390.

Naegele, G. (1997): Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse und erste sozialpolitische Schlußfolgerungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Kap. I. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 5–19.

Naegele, G. (1998): Lebenslagen älterer Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bd. 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe, S. 106–128.

Namazi, K. H. & Johnson, B. D. (1992): Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. In: American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research 7, S. 16–21.

Namazi, K. H.; Rosner, T. T. & Calkins, M. P. (1989): Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. In: The Gerontologist 29, S. 699–702.

Nappi, G. et al. (1997): Long-Term Nicergoline Treatment of Mild to Moderate Senile Dementia. In: Clinical Drug Investigations 13, S. 308–316.

Neal, M. & Briggs, M. (2000): Validation Therapy for Dementia. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD001394.

Nelson, D. E.; Sattin, R. W.; Langois, J. A.; De Vito, C. A. & Stevens, J. A. (1992): Alcohol as a Risk Factor for Fall Injury Events Among Elderly Persons Living in the Community. In: Journal of the American Geriatrics Society 40, S. 658–661.

Nelson, E. A. & Dannefer, D. (1992): Aged heterogeneity: fact or ficition? The fate diversity in gerontological research. In: The Gerontologist 32 (1), S. 17–23.

Neubart, R. & Hölscher, M. (1998): Die geriatrische Tagesklinik – teilstationäre Komponente in der komplexen Vernetzung der geriatrichen Versorgung. In: J. Denzin (Hrsg.): Rehabilitation im Alter. Dokumentation des 13. Symposiums der Freien Universität Berlin vom 4. bis 6. März 1998. Berlin: FU Berlin, Referat Weitberbildung, S. 79–85.

Neumann, U. & Hertz, M. (1998): Verdeckte Armut in Deutschland. Forschungsbericht im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Frankfurt a. M: Institut für Sozialberichterstattung und Lebenslageforschung.

Nicodemus, S. (1998): Unfälle von 18- bis 24jährigen im Straßenverkehr 1997. In: Wirtschaft und Statistik (12), S. 978–984.

Niederfranke, A. (1992): Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend. Bd. 4. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Niehoff, J.-U. & Schrader, R. R. (1989): Ganzheitliche Medizin – Perspektive oder Irrweg? In: Kritische Medizin im Argument. Argument Sonderband AS 162, Berlin, S. 22–32.

Niepel, T. (1998): Wohnberatung: wirksam und wirtschaftlich. Zwischenbericht im Modellprojekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Bielefeld: Universität.

Niepel, T. (1999): Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung. Bericht im Projekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Bielefeld: Universität.

Niepel, T. (2001): Erfolgschancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltriger. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Bielefeld.

Nightingale, F. (1969): Notes on Nursing. What It Is and What It Is Not. New York: Dover.

Nightingale, S.; Holmes, J.; Mason, J. & House, A. (2001): Psychiatric illness and mortality after hip fracture. In: The Lancet 357, S. 1264–1265.

Nikolaus, T. (1998): Forschung und Lehre in der Geriatrie an deutschen Universitäten und Hochschulen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 277–280.

Nitsch, R. M.; Deng, M.; Tennis, M.; Schoenfeld, D. & Growdon, J. H. (2000): The Selective Muscarinic M1 Agonist AF102B Decreases Levels of Total Abeta in Cerebrospinal Fluid of Patients with Alzheimer's Disease. In: Annals of Neurology 48, S. 913–918.

Nocon, A. & Pearson, M. (2000): The Roles of Friends and Neighbours in Providing Support for Older People. In: Aging and Society 20, S. 341–367.

Noll, H.-H. (1999): Die Perspektive der Sozialberichterstattung. In: P. Flora & H.-H. Noll (Hrsg.): Sozialberichterstattung und Sozialstaatsbeobachtung. Frankfurt a. M.: Campus, S. 13–28.

Noll, H.-H. & Schöb, A. (2001): Lebensqualität im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Mannheim.

Nottenkämper, B. & Förster, H. (1995): Die Sozialvisite. In: Heilberufe 47, S. 16.

Nowack, S.; Reindl, B. & Buchwalder, D. (2000): Wohnberatung und Wohnungsanpassung bei Demenzerkrankung. München: Stadtteilarbeit Milbertshofen e. V. – Beratungsstelle Wohnen.

Nuffield Provincial Hospital Trust (1953): The Work of Nurses in Hospital Wards. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust.

O`Connor, D. W. (1994): Mild dementia: a clincial perspective. In: D. W. O`Connor (Hrsg.): Dementia and normal aging. Cambridge: Cambridge University Press, S. 91–117.

O`Connor, D. W.; Pollitt, P.A.; Hyde, J. B.; Brook, C. P.; Reiss, B. & Roth, M. (1988): Do general practitioners miss dementia in elderly patients? In: British Medical Journal 297, S. 1107–1110.

O`Connor, D. W. et al. (1989): The prevalence of dementia as measured by the Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 79, S. 190–198.

O`Neill, D. (1992): The doctor`s dilemma: the aging driver and dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 7, S. 297–301.

Ochsmann, R.; Slangen, K.; Feith, G.; Klein, T. & Seibert, A. (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz. Mainz: Johannes-Gutenberg-Universität.

O’Connor, D. W. (1994): Mild dementia: a clincial perspective. In: F. A. Huppert, C. Brayne & D. W. O’Connor (Hrsg.): Dementia and normal aging. Cambridge: Cambridge University Press, S. 91–117.

Odenheimer, G. L. (1993): Dementia and the older driver. In: Clinics in Geriatric Medicine 9 (2), S. 349–364.

Oehmen, S. (1999): Pflegebeziehungen gestalten. Stuttgart: Kohlhammer.

Oishi, S.; Diener, E.; Suh, E. & Lucas, R. E. (1999): Value as a Moderator in Subjective Well-Being. In: Journal of Personality 67, S. 157–184.

O’Keane, V. & Dinan, T. G. (1991): Orofacial dyskinesia and senile dementia of the Alzheimer type. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 41–44.

Oken, B. S.; Storzbach, D. M. & Kaye, J. A. (1998): The efficacy of Ginkgo biloba on cognitive function in Alzheimer disease. In: Archives of Neurology, Review 55 (11), S. 1409–1415.

Olbrich, C. (1990): Die Anfänge der Krankenpflegeausbildung, dargestellt an der Krankenwartschule Franz-Anton Mais und den ersten Lehrbüchern des 16. bis 19. Jahrhunderts. In: Pflege 3 (1), S. 37–46.

Olbrich, E. (1997): Die Grenzen des Coping. In: C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 230–246.

Olbrich, E. & Diegritz, U. (1995): Das Zusammenwirken von Person- und Umweltfaktoren im Alltag: Eine kritische Diskussion von Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8, S. 199–212.

Olin, J. & Schneider, L. (2001): Galantamine for Alzheimer’s disease. In: Cochrane Database Systematic Reviews 4(CD001747).

Olin, J.; Schneider, L.; Novit, A. & Luczak, S. (2000): Hydergine for Dementia. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD000359.

Oliveria, S. A.; Felson, D. T.; Reed, J. I.; Cirillo, P. A. & Walker, A. M. (1995): Incidence of Symptomatic Hand, Hip, and Knee Ostheoarthritis Among Patients in Health Maintenance Organization. In: Arthritis and Rheumatism 38, S. 1134–1141.

Opie, J.; Rosewarne, R. & O’Connor, D.W. (1999): The Efficacy of Psychosocial Approaches to Behaviour Disorders in Dementia: A Systematic Literature Review. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33, S. 789–799.

Orem, D. (1996): Strukturkonzepte für die Pflegepraxis. Berlin: Ullstein, Mosby.

Orgogozo, J. M. & Forette, F. (2000): Efficacy of memantine in moderate vascular dementia. 6th International Stockholm/Sjpringfield Symposium on Advances in Alzheimer Disease, 4. bis 7. April 2000.

Orrell, M.; Butler, R. & Bebbington, P. (2000): Social factors and the outcome of dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 515–520.

Oswald, F. (2000): Wohnen und Wohnanpassung in privaten Haushalten. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 209–215.

Oswald, W. D.; Gunzelmann, T.; Rupprecht, R.; Lang, E.; Baumann, H. & Stosberg, M. (1992): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil 1: Konzepte, Hypothesen und Stichproben eines interdisziplinären Forschungsprojektes. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5, S. 205–221.

Oswald, W. D.; Hagen, B. & Rupprecht, R. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil X: Verlaufsanalyse des kognitiven Status. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 11, S. 202–221.

Ott, A.; Breteler, M. M.; van Harskamp, F.; Claus, J. J.; van der Cammen, T. J.; Grobbee, D. E. & Hofman, A. (1995): Prevalence of Alzheimer’s disease and vascular

dementia: association with education. The Rotterdam Study. In: British Medical Journal 310, S. 970–973.

Ott, U. (1998): Pflegende und Pflegeversicherung. Umgang und Erleben professionell Pflegender im ambulanten Bereich mit den Vorgaben des XI. Buches des Sozialgesetzbuches. Fachhochschule Frankfurt a. M. (Diplomarbeit).

Ott-Chervet, C.; Ruegger-Frey, B.; Klaghofer, R. & Six, P. (1998): Evaluation eines computergestützten kognitiven Trainings mit hochbetagten Patienten eines geriatrischen Krankenhauses. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 11, S. 13–23.

Oud, N. (2001): ACENDIO. Dritte europäische Konferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. Bern: Huber.

Paganini-Hill, A. (1996): Estrogeb replacement therapy and risk of Alzheimer disease. In: Archives of Internal Medicine 156, S. 2213–2217.

Palandt (2000): Bürgerliches Gesetzbuch. Kommentar. 59 Aufl. München: Beck.

Palandt (2002): Bürgerliches Gesetzbuch. Kommentar. 61 Aufl. München: Beck.

Paleologos, M.; Cummings, R. G. & Lazarus, R. (1998): Cohort study of vitamin C intake and cognitive impairment. In: American Journal of Epidemiology 148, S. 45–50.

Palsson, S.; Aevarsson, O. & Skoog, I. (1999): Depression, cerebral athrophy, cognitive performance and incidence of dementia. In: British Journal of Psychiatry 174, S. 249–253.

Park, D. C. et al. (1999): Medication Adherence in Rheumatoid Arthritis Patients: Older Is Wiser. In: Journal of the American Geriatrics Society 47, S. 172–183.

Parker, M. J.; Gillespie, L. D. & Gillespie, W. J. (2001): Hip Protectors for Preventing Hip Fractures in the Elderly. In: Cochrane Database Systematic Reviews The Cochrane Library (3.).

Parkkari, J.; Kannus, P.; Niemi, S.; Pasanen, M.; Jarvinen, M.; Luthje, P. & Vuori, I. (1996): Secular trends in osteoporotic pelvic fractures in Finland: number and incidence of fractures in 1970–1991 and predictors for the future. In: Calcified Tissue International 59, S. 79–83.

Passant, U.; Warkentin, S. & Gustafson, L. (1997): Orthostatic hypotension and low blood pressure in organic dementia: a study of prevalence and related clinical characteristics. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 395–403.

Pawletko, K. (2001): Wohngemeinschaften für Demenzkranke. In: H. Laade & H.-J. Freter (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 91–98.

Payami, H. & Zareparsi, S. (1998): Genetic Epidemiology of Parkinson’s Disease. In: Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology 11, S. 98–106.

Peplau, H. E. (1952): Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. Macmillan, Houndsmills: Putnam’s Sons. Nachdruck (1988).

Peretti, P. O. (1990): Elderly-Animal Friendship Bonds. In: Social Behavior and Personality 18, S. 151–156.

Perkins, A. J.; Hendrie, H. C. & Callahan, C. M. (1999): Association of antioxidants with memory in mulitetnic elderly sample. Using the Third National Health and Nutrition Examination Survey. In: American Journal of Epidemiology 150, S. 37–44.

Perry, H. M. et al. (2000): Effect of Treating Isolated Systolic Hypertension on the Risk of Developing Various Types and Supertypes of Stroke: The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 284, S. 465–471.

Petermann, F. & Warschburger, P. (1997): Compliance. In: R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber, S. 371–383.

Peto, R.; Darby, S.; Deo, H.; Silcocks, P.; Whitley, E. & Doll, R. (2000): Smoking, Smoking Cessation, and Lung Cancer in the UK Since 1950: Combination of National Statistics With Two Case-Control Studies. In: BMJ 321, S. 323–329.

Pfeifer, M.; Wittenberg, R.; Würtz, R. & Minne, H. W. (2001): Schenkelhalsfrakturen in Deutschland: Prävention, Therapie, Inzidenz und sozioökonomische Bedeutung. In: Deutsches Ärzteblatt 98, S. A1744–1750.

Phillipson, C. (1997): Social Relationship in Later Life: A Review of the Research Literature. In: International Journal fo Geriatric Psychiatry 12, S. 505-512.

Pientka, L. & Friedrich, C. (2000): Evidenz-basierte Medizin. Probleme und Anwendung in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (2), S. 102–110.

Pieper, R. & Riederer, E. (1998): Home care for the Elderly with dementia. A social shaping approach to a mulit-media-PC-application. In: Studies in Health Technology and Informatics. 48, S. 324–330.

Pilgrim, K. & Tschainer, S. (Hrsg.) (1998): „Für ein paar Stunden Urlaub“. Nürnberg.

Pillemer, K. (1988): Maltreatment of Patients in Nursing Homes: Overview and Research Agenda. In: Journal of Health and Social Behavior 29, S. 227–238.

Pitschas, R. (1997): Zur rechtlichen Verfassung der Lebenslage „Alter“. In: W. Gitter (Hrsg.): Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag. München: Beck, S. 355–383.

Plassman, B. L.; Newman, T. T.; Welsh, K. A.; Helms, M. & Breitner, J. C. S. (1994): Properties of the Telephone Interview for Cognitive Status. Application in epidemiology and longitudinal studies. In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 7, S. 235–241.

Pöhlmann, K. & Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 (5), S. 381–388.

Poon, L. et al. (1992): The Georgia Centenarian Study. In: International Journal of Aging 34, S. 1–17.

Prestwood, K. M. & Kenny, A. M. (1998): Osteoporosis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment in Older Adults. In: Clinics in Geriatric Medicine 14 (3), S. 577–599.

Price, J. D.; Hermans, D. G. & Grimley, E. J. (2000): Subjective Barriers to Prevent Wandering of Cognitively Impaired People. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD001932.

Prigerson, H. et al. (1997): Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. In: American Journal of Psychiatry 154, S. 616–623.

Projektgruppe Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (1995): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) im Jahr 1994. In: Vierteljahresschrift zur Wirtschaftforschung 64, S. 5–13, http://www.diw.de/deutsch/sop/index.html.

Prönneke, R. (2000): Hospiz – Palliativ: Eine Standortbestimmung tut Not. In: Die Hospiz-Zeitschrift 2, S. 7–8.

Qizilbash, N.; Birks, J.; Lopez-Arrieta, J.; Lewington, S. & Szeto, S. (2000): Tacrine for Alzheimer's Disease [update of: 20257597]. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD000202.

Quaas, M. (1995): Psychosomatische Einrichtungen als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Medizinrecht, S. 299–305.

Qureshi, H. & Walker, A. (1989): The caring relationship. London: Temple Univerity Press.

Rabins, P. V. & Kasper, J. D. (1997): Measuring Quality of Life in Dementia: Conceptual and Practical Issues. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11, Suppl. 6, S. 100–104.

Radebold, H. (1995): Stationäre Rehabilitation nach Schlaganfall – Ergebnisse und Konsequenzen der Kasseler Studie. In: R. Schmidt & W. Vogel (Hrsg.): Behandlung und Rehabilitation vor Pflege. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 71–80.

Radermacher, R. (2001): Eine kurze Einführung in das Krankheitsbild Demenz. In: Handlauf – Fachblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung 7, S. 31–32.

Radzey, B.; Heeg, S. & Goerlich, C. (1999): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und in den Niederlanden. Köln.

Rao, R.; Dening, T.; Brayne, C. & Huppert, F. A. (1997): Sucicidal thinking in community residents over eighty. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 12, S. 337–343.

Raskind, M. A.; Peskind, E. R.; Wessel, T. & Yuan, W. (2000): Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. The Galantamine USA-1 Study Group. In: Neurology 54 (12), S. 2261–2268.

Rath, B. (1997): Wohnformen und Millieugestaltung für demenzkranke Menschen. In: H. Blonski (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Weinheim/Basel: Beltz, S. 246–263.

Ravissin, E. & Danforth, j. E. (1999): Beyond sloth – physical activity and weight gain. In: Science 283, S. 184–185.

Rechenberg, B. v. (1997): Tiere in stationären Altenhilfeeinrichtungen. In: GeroCare 7, S. 11–12.

Reed, T.; Carmelli, D. & Swan, G. E. (1994): Lower cognitive performance in normal older adult male twins carrying the apolipoprotein E epsilon 4 allee. In: Archives of Neurology 51, S. 1189–1192.

Reed-Danahay, D. (2001): „This is your home now!“: conceptualizing location and dislocation in a dementia unit. In: Qualitative Research 1(1), S. 47–63.

Reichert, M. (1996): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige: Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Bewältigungsstrategien. In: P. Tews (Hrsg.): Altern und Politik. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe. Melsungen: Bibliomed, S. 237–251.

Reichert, M. & Naegele, G. (1996): Älterwerden als Single. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg.

Reinach, S. J.; Rizzo, M. & McGehee, D. V. (1997): Driving with Alzheimer Disease: The anatomy of a crash. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (Supp. 1), S. 21–27.

Reisberg, B. (2000): Memantine in moderately severe to severe Alzheimer's disease(AD): results of a placebo-controlled 6-month trial. 6th International Springfield Symposium on Alzheimer therapy. Stockholm 5.–8. April 2000.

Reischies, F. M. & Lindenberger, U. (1999): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 351–377.

Renteln-Kruse, W.v. (2000): Medikamentencompliance. In: T. Nikolaus (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 218–228.

Research Group of Healthy Longevity in China (2000): Date collections of the Healty Longevity Survey in China 1998. Peking: Peking University Press.

Rest, F. (1998): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Reuben, D. B.; Silliman, R. A. & Traines, M. (1988): The aging driver: medicine, policy, and ethics. In: Journal of the American Geriatrics Society 36, S. 1135–1142.

Reynolds, D. L.; Chambers, L. W. & Badley, E.M. (1992): Physical Disability Among Canadians Reporting Muscoloskeletal Diseases. In: Journal of Rheumatology 19, S. 1020–1030.

Rich, J. B.; Rasmussen, D. X. & Folstein, M. F. (1995): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Alzheimer's disease. In: Neurology 45, S. 51–55.

Richard, N. (1994): Mit Validation finden wir die Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit. In: Pflegezeitschrift 47(4), S. 232–235.

Riecher-Rössler, A. (1997): Spät beginnende schizophrene und paranoide Psychosen. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 384–395.

Riedel-Heller, S.G.; Busse, A.; Aurich, C.; Matschinger, H. & Angermeyer, M.C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). Part 1. In: British Journal of Psychiatry 179, S. 250–254.

Riedel-Heller, S.G.; Schork, A.; Fromm, N. & Angermeyer, M.C. (2000): Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33(1), S. 300–306.

Riedel-Heller, S. G.; Stelzner, G. & Schork, A. (1999): Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Pflegeheimen. In: Psychiatrische Praxis 26(6), S. 273–276.

Riege, M. (1996): Frauen im Alter – Die Mehrheit schweigt nicht mehr. In: W. Klüsche (Hrsg.): Die Herausforderungen des Alters: Antworten der sozialen Arbeit in Europa = The challenges of age. Zweites Europäisches Symposium für Soziale Arbeit. Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, S. 291–298.

Rieger, H.J. (1995): Schweigepflicht bei Ungeeignetheit eines Patienten zum Führen eines Kraftfahrzeuges. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 120, S. 195.

Riemann, G. & Schütze, F. (1991): „Trajectory" as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In: D. R. Maines (Hrsg.): Social Organization and Social Processes. Essays in Honor of Anselm Strauss. New York: De Gruiter, S. 333–357.

Riphahn, R. (2000): Rational Poverty or Poor Rationality? The Take-up of Social Assistance Benefits. Bonn: IZA (IZA Discussion Paper No. 124).

Ritchie, K. & Dupuy, A.M. (1999): The current status of Apo E4 as a risk factor for Alzheimer's disease: An epidemiological perspective. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14, S. 495–700.

Ritchie, K.; Ledesert, B. & Touchon, J. (1993): The Eugeria Study of cognitive ageing: Who are the „normal" elderly? In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 969–977.

Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.

Robert-Koch-Institut (1995): Die Gesundheit der Deutschen. Berlin.

Roberts, G. W.; Gentleman, S. M. & Lynch, A. (1994): Beta amyloid protein deposition in the brain after severe head injury: implications for the pathogenesis of Alzheimer's disease. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 57, S. 419–425.

Robertson, C.; Warrington, J. & Eagles, J. M. (1993): Relocation mortality in dementia: the effects of a new hospital. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 521–525.

Robins, L. N. & Regier, D. A. (Hrsg.) (1991): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York: Free Press.

Rocca, W. A.; Van Duijn, C. M. & Chandra, V. (1991): Maternal age and Alzheimer's disease: a collaborative reanalysis of case-control studies. In: International Journal of Epidemiology 20 (Supp.), S. 21–27.

Rogers, S.; Farlow, M. R.; Doody, R. S.; Mohs, R. & Friedhoff, L. T. (1998): A 24-Week, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Donepezil in Patients with Alzheimer's Disease. In: Neurology 50, S. 136–145.

Rogers, S. & Friedhoff, L. (1996): The Efficacy and Safety on Donepezil in Patients with Alzheimer's Disease: Results of a US Mulitcentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. In: Dementia 7, S. 293–303.

Römer, H. (1998): Die Wirklichkeit der Angehörigen. In: G. Nübel & H.-P. Kuhlmann (Hrsg.): Die ungepflegten Alten. Realitäten, Perspektiven, Visionen. Jahrbuch der Gerontopsychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis im Förderkreis Wohnen-Arbeit-Freizeit e.V., S. 25–35.

Romero, B. & Eder, G. (1992): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimerkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5(7), S. 267–282.

Roper, N.; Logan, W.W. & Tierney, A. (Hrsg.) (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: Recom.

Rose, S. & Maffulli, N. (1999): Hip Fractures. An Epidemiological Review. In: Bulletin/Hospital for Joint Diseases 58, S. 197–201.

Rosenkranz, D. & Schneider, N. F. (1997): Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen – Auswirkungen der Generationendynamik. In: Sozialer Fortschritt (6–7), S. 145–150.

Rosenthal, R. & Di Matteo, M.R. (2001): Meta-Analysis: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. In: Annual Review of Psychology 52, S. 59–82.

Rösler, M. (2000): Die hirnorganischen Störungen einschließlich Anfallsleiden. In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 3 Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, S. 144 ff.

Rösler, M. et al. (1999): Efficacy and Safety of Rivastigmine in Patients with Alzheimer's Disease: International

Randomised Controlled Trial. In: British Medical Journal 318, S. 633–640.

Ross, J. E. R.; Mass, M. L. & Hustin, J. C. (1992): Evaluation of two Interventions to Reduce Falls and Fall Injuries: The Challenge of Hip Pads and Individualized Eliminations Rounds. In: S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): Key Aspects of Elder Care. New York: Springer, S. 97–103.

Ross, R. (1999): Artherosclerosis – An Inflammatory Disease. In: New England Journal of Medicine 340, S. 115–126.

Rotem, D. (2000): Ehrenamtliche Kräfte, ehrenamtliche Dienste und Rückzug aus ehrenamtlicher Tätigkeit – das Beispiel sehr alter ehrenamtlich Tätiger in Israel. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Freiwilligenaktivitäten von Hochbetagten und für Hochbetagte. Ein europäischer Vergleich. Dokumentation der Expertentagung des Internationalen Rates für soziale Wohlfahrt. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Roth, G. & Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 292–305.

Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Frankfurt: Campus.

Rothgang, H. (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquetekommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, H. & Vogler, A. (Hrsg.) (1998): Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – eine empirische Untersuchung im Land Bremen. Regensburg: transfer verlag.

Rott, C. (1999): Kognitive Repräsentation. Coping-Verhalten und soziale Integration von Hundertjährigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32(4), S. 246–254.

Rott, C.; d'Heureuse, V.; Kliegel, M.; Schönemann, P. & Becker, G. (2001): Die Heidelberger Hunderjährigen-Studie. Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 356–364.

Rott, C. & Maier, H. (2000): Congratulations from the President: Initial validation of an unusual database on German centenarians. Presented at the Workshop on Centenarians. Italien: Alghero.

Rovner, B. W. & Katz, I. R. (1993): Psychiatric disorders in the nursing home: a selective review of studies related to clinical care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 75–87.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987): Human aging: Usual and successful. In: Science 237, S. 143–149.

Roy, A. W.; Fitz Gibbon, P. A. & Haug, M. M. (1996): Social Support, Household Composition, and Health Behaviors as Risk Factors for Four-Year Mortality in an Urban Elderly Cohort. In: Journal of Applied Gerontology 15, S. 73–86.

Rubenstein, L. Z. (1998): Wem nutzt das geriatrische Assessment? In: E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.): Das geriatrische Assessment. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 29–45.

Rubinstein, R. L.; Lubben, J. E. & Mintzer, J. E. (1994): Social Isolation and Social Support: An Applied Perspective. In: Journal of Applied Gerontology 13, S. 58–72.

Rudinger, G.; Lehr, U.; Kruse, A.; Oswald, W.D.; Ettrich, K.U. & Rösler, H.-D. (1991): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters über die Bedingungen zufriedenen und gesunden Alterns: ILSE. Antrag an das Bundesministerium für Forschung und Technologie. Bonn.

Runde, P.; Giese, R.; Kerschke-Risch, P.; Schulz, U. & Wiegel, D. (Hrsg.) (1997): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Forschungsbericht, Sozialforschung 271. Bonn.

Runge, M. & Rehfeld, G. (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart: Thieme.

Russell, D. W.; Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980): The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. In: Journal of Personality and Social Psychology 39, S. 472–480.

Ryff, C. D. (1989): Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. In: Journal of Personality and Social Psychology 57, S. 1069–1081.

Sabatowski, R.; Radbruch, L.; Nauck, F.; Loick, G.; Meuser, T. & Lehmann, K. A. (2000): Über die Entwicklung palliativ-medizinischer Einrichtungen in Deutschland. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 1, S. 40–46.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (1998): Sächsischer Gesundheitsbericht 1998.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bonn.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn.

Saletu, B.; Paulus, E.; Linzmayer, L.; Anderer, P.; Semlitsch, H.V. & Grunberger, J. (1995): Nicergoline in Senile Dementia of Alzheimer Type and Multi-Infarct Dementia: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Clinical and EEG/ERP Mapping Study. In: Psychopharmacology (Berlin) 117, S. 385–395.

Salthouse, T. A. (1996): Reaction time. In: J. E. Birren (Hrsg.): Encyclopedia of Gerontology. San Diego, New York: Academic Press, S. 377–380.

Sandholzer, H.; Breull, A. & Fischer, G. C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 172–178.

Sandholzer, H. & Stoppe, G. (1996): Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Praxis: Ergebnisse von Befragungen zur Problemerkennung. In: C. Wächtler, R. D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.): Demenz – Die Herausforderung. Singen: Egbert Ramin, S. 273–278.

Sano, M.; Ernesto, C. & Thomas, R. G. (1997): A controlled trial of selegeline, alpha-tocopheral, or both as treatment for Alzheimer's disease. In: New England Journal of Medicine 336, S. 1216–1222.

Saumweber, W. (2000): Informationsbörse und Selbsthilfegruppe im Internet. In: Alzheimer Kongreß 2000 – Brücken in die Zukunft. Abstract-Band. München, 13./14. Oktober 2000, S. 48.

Saunders, C.; Summers, D. H. & Teller, N. (1981): Hospice: The Living Idea. London: Edward, Arnold.

Saunders, P. A.; Copeland, J. R. M.; Dewey, M. E.; Larkin, B. A. & Scott, A. (1992): ALPHA. The Liverpool MRC Study of the Incidence of Dementia and Cognitive Decline. In: Neuroepidemiology 11(Suppl. 1), S. 44–47.

Saup, W. & Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Augsburg: Verlag für Gerontologie.

Saxton, J.; Silverman, M. & Ricci, E. (1998): Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer Special Care Facility. In: International Psychogeriatrics 10, S. 213–241.

Scandura, D. A. (1995): Freedom and Safety. A Colorado Center Cares for Alzheimer's Patients. In: Health Progress 76, S. 44–46.

Schacke, C. & Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(5), S. 355–361.

Schaeffer, D. (2000): Qualitätsentwicklung und Nutzerorientierung in der Pflege. Vortrag auf der Fachtagung „Gerontologische Forschung in Dortmund". Unveröffentlichtes Manuskript. Bielfeld.

Schaeffer, D. (2001): Bedarfslagen pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Bielefeld (Typoskript).

Schaeffer, D. & Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderung für die Pflege. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 447–483.

Schaub, T. & Linden, M. (2000): Epidemiologie und Differentialdiagnose im Alter. In: C. Kretschmar, R. D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.): Anpassung – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Düsseldorf.

Schäufele, M.; Bickel, H. & Weyerer, S. (1999): Predictors of mortality among demented elderly in primary care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14, S. 946–956.

Schäufele, M. & Cooper, B. (1993): Dementielle Erkrankungen und Versorgung von älteren Patienten der Mannheimer Sozialstationen. In: Psychiatrische Praxis 20, S. 18–24.

Scheewe, P. (1996): Wohnverhältnisse älterer Menschen. In: Wirtschaft und Statistik (4), S. 228–238.

Scheidt-Nave, C. (2001): Die sozioökonomische Bedeutung der Osteoporose. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44, S. 41–51.

Schmähl, W. & Fachinger, U. (1996): Einkommen und Vermögen älterer Haushalte – Anmerkungen zur heutigen Situation und zur künftigen Entwicklung. In: D. Farny, A. Kruse, W. Schmähl & E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.): Lebenssituation älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Sozialwissenschaftliche Schriften Heft 32. Berlin: Duncker & Humblot, S. 93–124.

Schmelter, M. (2001): Problembeschreibung aus Sicht der Heimaufsicht. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 43–50.

Schmidt, R.; Lechner, H.; Fazekas, F. & al., e. (1994): Assessment of Cerebrovascular Risk Profiles in Healthy Persons: Definition of Research Goals and the Australian Stroke Prevention Study. In: Neuroepidemiology 13, S. 308–313.

Schmidt, R.; Schmidt, H. & Fazekas, F. (2000): Vascular Risk Factors in Dementia. In: Journal of Neurology 247, S. 81–87.

Schmidtke, A.; Weinacker, S. & Schaller, S. (2000): Suizidalität im Alter. In: T. Nikolaus (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 647–653.

Schmitz, J. R. (1997): Im Alter als Single? Lebensgestaltung bei älteren Alleinstehenden. In: M. H. Wiegand & G. Kockott (Hrsg.): Partnerschaft und Sexualität im höheren Lebensalter. Wien, New York: Springer, S. 37–43.

Schneekloth, U. & Müller, U. (Hrsg.) (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen". Schriftenreihe. Bd. 147.2.

Schneekloth, U. & Müller, U. (Hrsg.) (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I + G Gesundheitsforschung, München, und Infratest Burke Sozialforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.

Schneekloth, U. & Potthoff, P. (Hrsg.) (1993): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung" im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Bd. 20.2. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R. & Rosenbladt, B.v. (Hrsg.) (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Schneider, L.S. & Olin, J.T. (1994): Overview of Clinical Trials of Hydergine in Dementia. In: Archives of Neurology 51, S. 787–798.

Schnepp, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: Pflege und Gesellschaft 1(2/96), S. 13–16.

Scholl, A. (1997): Geschlossene Türen öffnen. In: Altersforum 7(1), S. 12–13.

Schöning, W. & Ruiss, D. (2000): Verdeckte Armut. Forschungsstand in einer Grauzone der Armutsforschung. In: Sozialer Fortschritt 49(5), S. 122ff.

Schopp, A. et al. (2001): Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung" im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. In: Pflege 14, S. 29–37.

Schramke, H.-J. (1996): Alte Menschen im Strafvollzug. Empirische Untersuchungen und kriminalpolitische Überlegungen. Bonn, Mönchengladbach.

Schreiber, H.-L. (1998): Strafrecht der Medizin. Festschrift für den Bundesgerichtshof zu seinem 50-jährigen Bestehen. Bd. IV, S. 503 ff.

Schreiber, H.-L. (2000): Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung. In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München, Jena: Urban & Fischer, S. 1–54.

Schröder, G. (1997): Geschichtliche Aspekte des Dekubitus. In: C. Bienstein, G. Schröder, M. Braun & K.-D. Neander (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart: Thieme, S. 4–11.

Schröder, H. & Selke, G.W. (2000): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2000. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Schulin, B. & Igl, G. (2001): Sozialrecht. 7. Aufl. Düsseldorf: Werner.

Schulz, S. (2001): Die soziale Isolation für Kranke und Angehörige überwinden. In: Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?, S. 147–153.

Schulz-Nieswandt, F. (1998): Lebenslagen und Persönlichkeit. Zur Phänotypik der Haltungen in einem Prägehorizont von Raum und Zeit. Eine Studie zum 100. Geburtstag von Gerhard Weisser. Regensburg: Eurotrans.

Schütze, Y. (1995): Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8(1/2), S. 31–38.

Schwarze, J. (1996): Der Einfluss von Einkommensunsicherheit auf die individuelle Wohlfahrt. Eine Panelanalyse mit subjektiven und objektiven Indikatoren. In: W. Zapf, J. Schupp & R. Habich (Hrsg.): Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Frankfurt/New York: Campus, S. 348–365.

Schwarzer, R. & Born, A. (1995): Optimistic Self-Beliefs: Assessments of Generalized Self-Efficacy in Thirteen Cultures. In: World Psychology 3, S. 177–190.

Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 12, S. 118–124.

Schweitzer, H. & Nakielski, H. (2001): Bündnis-Initiative plant: Beschwerdetag gegen Altersdiskriminierung. Bundesweite Telefonaktion am 21. November 2001. In: pro Alter 34(2), S. 62–63.

Schwerdt, R. & Tschainer, S. (2001): Spezifische Anforderungen an die Pflege demetiell erkrankter Menschen. Expertise im Auftag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung".

Schwind, H.-D.; Baumann, J.; Schneider, U. & Winter, M. (1990): Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland (Kurzfassung). In: H.-D. Schwind & J. Baumann (Hrsg.): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Bd. 1. Berlin: Duncker & Humblot, S. 238–285.

Serby, M.; Larson, P. & Kalstein, D. (1991): The nature and course of olfactory deficits in Alzheimer's diesase. In: American Journal of Psychiatry 148, S. 357–360.

Seth, R.V. (1994): Review: weight loss in Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 605–610.

Silver, S. A. & Albert, S. M. (2000): Dementia and food exchange in nursing home dining areas. In: Journal of Applied Gerontology 19, S. 476–483.

Simard, J. (1999): Making a positive difference in the lives of nursing home residents with Alzheimer's disease: The lifestyle approach. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 13(Suppl. 1), S. 67–72.

Simpson, S.; Morley, M. & Baldwin, B. (1996): Crime-related post-traumatic stress disorder in elderly psychiatric patients: a case series. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 879–882.

Sixsmith, A.; Hawley, C.; Stilwell, J. & Copeland, J. (1993): Delivering „positive care“ in nursing homes. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 407–412.

Skea, D. & Lindesay, J. (1996): An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 11, S. 233-241.

Skoog, I.; Hesse, C. & Aevarsson, O. (1998): A population study of apo E genotype at the age of 85: relation to dementia, cerebrovascualar disease, and mortality. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 64, S. 37–43.

Sloane, P. D.; Mitchell, C. M.; Preisser, J. S.; Phillips, C.; Commander, C. & Burker, E. (1998): Environmental Correlates of Resident Agitation in Alzheimer’s Disease Special Care Units. In: Journal of the American Geriatric Society 46, S. 862–869.

Slooter, A. J. C.; Cruts, M. & Kalmijn, S. (1998): Risk estimates of dementia by apolipoprotein E genotypes from a population-based incidence study: The Rotterdam study. In: Archives of Neurology 55(964–968).

Smith, G.; Vigen, V. & Evans, J. (1998): Patterns and associates of hyperphagia in patients with dementia. In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 11, S. 97–102.

Smith, J. & Baltes, P. B. (1993): Differential Psychological Ageing: Profiles of the Old and Very Old. In: Ageing and Society 13, S. 551–587.

Smith, J. & Baltes, P. B. (1996): Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P .B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 221–250.

Smith, J.; Fleeson, W.; Geiselmann, B.; Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 497–523.

Smith, J. & Zank, S. (2001): Forschungsaktivitäten im Themenfeld Hochaltrigkeit. Expertise im Auftag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin.

Smyth, K. A.; Feinstein, S. J. & Kacerek, S. (1997): The Alzheimer’s Disease Suuport Center: Information and Support for Family Caregivers Through Computer-Mediated Communication. In: P. F. Brennan, S. J. Schneider & E. M. Tornquist (Hrsg.): Information and Networks for Community Health Care. New York: Springer.

Smyth, K. A. & Harris, P. B. (1993): Using telecomputing to provide information and support to caregivers of persons with dementia. In: The Gerontologist 33 (1), S. 123–127.

Snowdon, D. A.; Kemper, S. J.; Mortimer, J. A.; Greiner, L. H. & Weckstein, D. R. (1996): Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer’s disease in late life. In: Journal of the American Medical Association 275, S. 528–532.

Sofaer, S. (1994): Applying Organizational Theory to Improve the Continuity of Health Services for Older Persons. In: Journal of Applied Gerontology 13, S. 73–85.

Sommer, B. (1996): Zur Entwicklung der Sterblichkeit aus der Sicht der amtlichen Statistik. In: R. H. Dinkel, C. Höhn & R. D. Scholz (Hrsg.): Sterblichkeitswahrscheinlichkeit – unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes. München: Boldt, S. 11–25.

Sonnenberg, A.; Delco, F. & Inadomi, J. M. (2000): Cost-Effectiveness of Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer. In: Annals of Internal Medicine 133, S. 573–584.

Soppart, C. (1999): Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen aus Sicht des MDK Nordrhein. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Pflege. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 92. Bonn, S. 127–134.

Sorensen, L.; Foldspang, A.; Gulmann, N. C. & Munk-Jorgensen, P. (2001): Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 16, S. 147–154.

Sowarka, D.; Schwichtenberg-Hilmert, B.; Thürkow, K. & Hesse, A. (2001): Literaturangaben und inhaltliche Zusammenfassungen der Beiträge zum Thema „Gewalt gegen alte Menschen im häuslichen und institutionellen Bereich“. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Sowinski, C. (1999): Wo beginnt gefährliche Pflege? In: Aktion gegen Gewalt in der Pflege (Hrsg.): Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (K)ein Problem? Bonn, S. 42–43.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e. V. (2000): Sozialreport 50+. Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab 50 Jahre in den neuen Bundesländern. Berlin: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.

Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S. & Woods, R.T. (2000): Reminiscence Therapy for Dementia. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD001120.

Spilich, G. J. et al. (1996): Efficacy of Pyritinol Versus Hydergine Upon Cognitive Performance in Patients with Senile Dementia of the Alzheimer’s Type: A Double-Blind Multi-Center Trial. In: Alzheimer’s Research 2, S. 79–84.

Spindler, A. A.; Renvall, M. J.; Nichols, J. E. & Ramsdell, J. W. (1996): Nutritional status of patients with Alzheimer’s disease: a 1-year study. In: Journal of the American Diet Association 96, S. 1013–1018.

Springman, J. (2001): Betreuter Urlaub in Boltenhagen für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen im Ostseebad Boltenhagen 2001. In: Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?, S. 169–173.

Stähelin, H. B. (1999): Malnutrition und mentale Funktionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, Supplement 1, S. 27–30.

Stamm, T. (2001): Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl. 1), S. I/43–I/48.

Starke, A.; Ühlein, A. & Evers, A. (1999): „Ich pflege, solange ich kann – ohne fremde Hilfe...“. Leistungen, Belastungen und Selbstverständnis pflegender Angehöriger und deren Bedeutung für Entscheidungen über die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen. Gießen: Justus-Liebig-Universität Gießen FB 19.

Statistisches Bundesamt (1996): Bevölkerungsstatistische Übersichten 1946 bis 1989 (Teil II). Heft 28 der Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (1997): Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1998): Statistisches Jahrbuch 1998. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (1999): Wohnverhältnisse, Haus- und Grundbesitz sowie Wohnverhältnisse privater Haushalte. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 15, Sonderheft 1).

Statistisches Bundesamt (2000a): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2000b): Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2000c): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1998. Fachserie 12, Reihe 6.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2000d): Gebiet und Bevölkerung 1998. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 1, Reihe 1).

Statistisches Bundesamt (2000e): Mitteilung für die Presse vom 29. November 2000.

Statistisches Bundesamt (2000f): Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2001a): Abgekürzte Sterbetafel 1997/99. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 1: Gebiet und Bevölkerung. Wiesbaden, S. 246–247.

Statistisches Bundesamt (2001b): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999. Fachserie 12, Reihe 6.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2001c): Einkommensverteilung in Deutschland. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 15, Heft 6).

Statistisches Bundesamt (2001d): Haushalte und Familien 1999. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2001e): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2001f): Statistik der Sozialhilfe. Empfänger/-innen von Hilfe in besonderen Lebenslagen 1999. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2001g): Statistik der Sozialhilfe. Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt & Robert-Koch-Institut (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998.

Staudinger, U. (2000): Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. In: Psychologische Rundschau 51, S. 185–197.

Staudinger, U.; Freund, A. M.; Linden, M. & Maas, I. (1996): Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 321–350.

Stehen, G.; Berg, S. & Steen, B. (1998): Cognitive Function in 70-Year-Old Men and Women. A 16-Year Cohort Difference Population Study. In: Aging (Milano) 10, S. 120–126.

Steiner, I. (2000): Ein neuer Weg – Bürgerengagement in der Pflege – Von der Utopie zum Projekt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 147, S. 195–198.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 151–183.

Steinhauser, K. E.; Clipp, E. C.; Mc Neilly, M. & al., e. (2000): In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. In: Annals of Internal Medicine 132, S. 825–832.

Steinkamp, G.; Tropberger, F. & Werner, B. (1993): Heimliche Gerontopsychiatrie oder: Wer hilft den Heimen bei der Versorgung kranker alter Menschen? Eine Untersuchung aller Alten- und Altenpflegeheime des Kreises Gütersloh 1991. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 26, S. 494–500.

Stemmer, R. (2001): Grenzen in der Pflege. Grenzerfahrungen in der Pflegepraxis und widerstreitende normative Grundlagen. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Stengel-Güttner, G. (1996a): Krisen im Alter. Psychologische Fallstudien zum Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod. Schriftenreihe der Kölnischen Rück. Heft 36. Köln.

Stengel-Güttner, G. (1996b): Krisen im Leben älterer Menschen. Psychologische Fallstudien zum Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod. In: D. Farny, P. Lütke-Bornefeld & G. Zellenberg (Hrsg.): Lebenssituationen älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Sozialwissenschaftliche Schriften Heft 32. Berlin: Duncker & Humblot, S. 245–271.

Stephen, L. J. & Brodie, M. J. (2000): Epilepsy in elderly people. In: The Lancet 355, S. 1441–1446.

Stewart, R. (1999): Hypertension and cognitive decline. In: British Journal of Psychiatry 174, S. 286–287.

Stober, R. (1997): Sozialrecht und Kommunalrecht – Zur Rolle der Kommunen für die ältere Generation. In: W. Gitter (Hrsg.): Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag. München: Beck, S. 585–609.

Stolarz, H. (1992): Wohnungsanpassung - Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen. Grundlagen und praktische Hinweise zur Verbesserung der Wohnsituation. Forum; Nr. 5. 2. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Stolarz, H. (1998): Wohnungsanpassung – Kleine Maßnahmen mit großer Wirkung. Vorgestellt; Nr. 57. 2. überarb. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Stolarz, H. & Winkel, R. (1996): Zum Wohnbezug der Altenhilfe am Beispiel der Wohnsituation Älterer in Ostdeutschland. Thema. Bd. 116. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Stoller, E. P. (1996): The Role of the Family in Rural Long-Term Care. In: G.D. Bowles, J.E. Beaulieu & W.W. Myers (Hrsg.): Long-Term Care for the Rural Elderly. New York: Springer, S. 35–63.

Stone, R. I.; Cafferata, G. L. & Sangl, J. (1987): Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile. In: The Gerontologist 27, S. 216–226.

Stoppe, G. & Staedt, J. (1999): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 153–158.

Straus, M. A. (1990): Measuring intra-family conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. In: M. A. Strauss & R. J. Gelles (Hrsg.): Physical violence in American families. New Brunswick: Transaction Publichers, S. 535–559.

Strauss, A. & Corbin, J. M. (Hrsg.) (1988): Shaping a New Health Care System. Jossey Bass: San Francisco, London.

Strawn, B. D.; Hester, S. & Brown, W.S. (1998): Telecare: A social support intervention for family caregivers of dementia victims. In: Clinical Gerontology 18(3), S. 66–69.

Stroebe, M. (1998): New Directions in Bereavement Research: Exploration of Gender Differences. In: Palliative Medicine 12, S. 5–12.

Struttmann, T.; Fabro, M.; Romieu, G.; de Roquefeuil, G.; Touchon, J.; Dandekar, T. & Ritchie, K. (1999): Quality-of-Life Assessment in the Old Using the WHOQOL 100: Differences Between Patients With Senile Dementia and Patients With Cancer. In: International Journal of Psychogeriatrics 11(3), S. 273–279.

Stuck, A. E.; Beers, M. H.; Steiner, A.; Aronow, H. U.; Rubinstein, L.Z. & Beck, J. (1994): Inappropriate Medication Use in Community-Residing Older Persons. In: Archives of Internal Medicine 154, S. 2195–2200.

Stuckey, J. C. (1998): The Church's Response to Alzheimer's Disease. In: Journal of Applied Gerontology 17, S. 25–37.

Student, J.-C. (1994): Was ist ein Hospiz? In: J.-C. Student (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. Freiburg: Lambertus, S. 19–30.

Stürmer, T.; Elseviers, M. M. & De Broe, M. E. (2001): NSAIDs and the Kidney. In: Current Opinion in Nephrology and Hypertension 10, S. 161–164.

Stürmer, T.; Glynn, R. J.; Fields, T. S. & al., e. (1996): Aspirin Use and Cognitive Function in the Elderly. In: American Journal of Epidemiology 143, S. 683–691.

Stürmer, T.; Günther, K. P. & Brenner, H. (2000): Obesity, Overweight and Patterns of Osteoarthritis: The Ulm Osteoarthritis Study. In: Journal of Clinical Epidemiology 53, S. 75–81.

Stürmer, T.; Sun, Y.; Sauerland, S.; Zeißig, I.; Günther, K. P.; Puhl, W. & Brenner, H. (1998): Serum Cholesterol and Osteoarthritis. The Baseline Examination of the Ulm Osteoarthritis Study. In: Journal of Rheumatology 25, S. 1827–1832.

Suitor, J. J. & Pillemer, K. (1996): Sources of Support and Interpersonal Stress in the Networks of Married Caregiving Daughters: Findings from a 2-Year Longitudinal Study. In: Journal of Gerontology 51B(6), S. 297–306.

Sun, Y.; Brenner, H.; Sauerland, S.; Günther, K. P.; Puhl, W. & Stürmer, T. (2000): Serum Uric Acid and Patterns of Radiographic Osteoarthritis – The Ulm Osteoarthritis Study. In: Scandinavian Journal of Rheumatology 29, S. 380–386.

Sun, Y.; Stürmer, T.; Günther, K. P. & Brenner, H. (1997): Inzidenz und Prävalenz der Cox- und Gonarthrose in der Allgemeinbevölkerung. In: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 135 (3), S. 184–192.

Svanborg, A.; Bergström, G. & Mellström, D. (1982): Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly. Report on a Survey. EURO Reports and Studies 62. Copenhagen: WHO.

Swearer, J. M.; Hoople, N. E.; Kane, K. J. & Drachman, D.A. (1996): Predicting aberrant behavior in Alzheimer's

disease. In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 9, S. 162–170.

Tang, M. X. (1996): Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. In: The Lancet 332, S. 429–432.

Tang, W. K.; Chiu, H.; Woo, J.; Hjelm, M. & Hui, E. (2001): Telepsychiatry in psychogeriatric service: a pilot study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 16(1), S. 88–93.

Tappen, R. M.; Roach, K. E.; Applegate, E. B. & Stowell, P. (2000): Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 14, S. 196–201.

Tariot, P. N.; Solomon, P. R.; Morris, J. C.; Kershaw, P.; Lilienfeld, S. & Ding, C. (2000): A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group. In: Neurology 54(12), S. 2269–2276.

Tennstedt, S. L. & Gonyea, J. G. (1994): An Agenda for Work and Eldercare Research. In: Research on Aging 16, S. 85–108.

Teri, L. & Logsdon, R.G. (2000): Assessment and Management of Behavioral Disturbances in Alzheimer Disease. In: Comprehensive Therapy 26, S. 169–175.

Teri, L.; Logsdon, R. G.; Peskind, E.; Raskind, M.; Weiner, M.F.; Tractenberg, R.E. & al., e. (2000): Treatment of Agitation in AD: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. In: Neurology 55, S. 1271–1278.

Terinde, D. (1988): Hundertjährigen-Studie: Kompetenz bei Höchstbetagten. Diplomarbeit. Köln: Universität.

Tesch-Römer, C. (2000): Stichwort Einsamkeit:. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 163–167.

Tesch-Römer, C. (2001): Schwerhörigkeit im Alter. Heidelberg: Median Verlag.

Tesch-Römer, C.; Kondratowitz, H.-J. v.; Motel-Klingebiel, A. & Spangler, D. (2000): OASIS – Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Erhebungsdesign und Instrumente des deutschen Surveys. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Diskussionspapiere Nr. 32).

Thatcher, A. R.; Kannisto, V. & Vaupel, J.W. (Hrsg.) (1998): The force of mortality at ages 80 to 120. Odense Monographs on Population Aging. Bd. 5. Odense, Denmark: Odense University Press.

Thiele, W. & Rüschmann, H.-H. (2000): Geriatrische Strukturplanung. Eine Studie im Interesse der Gesundheit älter werdender Menschen. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Thies-Zajonc, S. (1995): Wenn der Hausarzt überweist. Perspektiven von Ärzten und Patienten zu den Bedeutungen von Überweisungen. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Thomae, H. (1994): Trust, Social Support, and Relying on Others: A Contribution to the Interface between Behavioral and Social Gerontology. In: Zeitschrift für Gerontologie 27 (2), S. 103–109.

Thomas, N. J.; Morris, C. M.; Scaravilli, F. & al., e. (2000): Hereditary Vascular Dementia Linked to Notch 3 Mutations. CADASIL in British Families. In: Annals of the New York Academy of Sciences 903, S. 293–298.

Thompson, C. & Briggs, M. (2000): Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD000454(2).

Thomsen, M. (1999): Sensorische Deprivation. Verwirrtheitsprophylaxe bei Senioren. In: Altenpflege Forum 7 (2), S. 1–14.

Tideiksaar, R. (1999): Stürze und Sturzprävention. Bern: Huber.

Tinetti, M. E. & Speechley, M. (1989): Prevention of falls among the elderly. In: New England Journal of Medicine 320, S. 1055-1059.

Tinetti, M. E.; Speechley, M. & Ginter, S. F. (1988): Risk Factors for Falls Among Elderly Persons Living in the Community. In: New England Journal of Medicine 319, S. 1701–1707.

Töpfer, A.-K.; Stosberg, M. & Oswald, W.D. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil VIII: Soziale Integration, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 11, S. 139–158.

Topo, P. (1998): Technology in every day life and care of elderly living at home and suffering from dementia. In: J. Graafmanns, V. Taipale & N. Charness (Hrsg.): Gerontechnology – a sustainable investment in the future. Amsterdam: IOS Press, S. 320–323.

Torralava, T.; Dorrego, F. & Sabe, L. (2000): Impairment of social cognition and decision making in Alzheimer's disease. In: International Journal of Psychogeriatrics 12, S. 359–368.

Trenkwalder, P.; Hendricks, P.; Schöninger, R.; Rossberg, J.; Lydtin, H. & Hense, H.W. (1999): Hypertension as a Risk Factor for Cardiovascular Morbidity and Mortality in an Elderly German Population. In: European Heart Journal 20, S. 1752–1756.

Trenkwalder, P.; Ruland, D.; Stender, M.; Gebhard, J.; Trenkwalder, C.; Lydtin, H. & Hense, H.-W. (1994): Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in a Population Over the Age of 65 Years: Results from the Starnberg Study on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY). In: Journal of Hypertension 12, S. 709–716.

Trenkwalder, P.; Schwarz, J. & Gebhard, J. (1995): Starnberg Trial on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly. In: Archives of Neurology 52, S. 1017–1022.

Trobe, J. D.; Waller, P. F.; Cook-Flannagan, C. A.; Teshima, S.M. & Bieliauskas, L.A. (1996): Crashes and violations among drivers with Alzheimer disease. In: Archives of Neurology 53 (5), S. 411–416.

Tromp, A. M.; Smit, J.H.; Deeg, D. J. H.; Bouter, L. M. & Lips, P. (1998): Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: Journal of Bone and Mineral Research 13, S. 1932–1939.

Tuokko, H.; Tallman, K. & Beattie, L. (1995): An examination of driving records in a dementia clinic. In: Journals of Gerontology. Social Sciences 50B(3), S. S173–181.

Turner, N. J.; Haward, R. A.; Mulley, G. P. & Selby, P. J. (1999): Cancer in Old Age – Is it Inadequately Investigated and Treated?

Uhlig, T. (2001): Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (Suppl. 1), S. I/70–I/78.

ul Haq, M. (1996): Reflections on Human Development. Oxford: Oxford University Press.

Ulmer, E. & Saller, R. (1994): Das Krankenhaus – ein gefährlicher Ort für ältere Menschen. In: Internistische Praxis 34, S. 847–852.

United Nations Population Divisions (2001): World Population Prospects. The 2000 Revision. Highlights. New York: United Nations.

US General Accounting Office (1997): Long-Term Care: consumer protection and quality-of-care issues in Assisted Living.: General Accounting Office. HEHS.

Van Dijk, J.; Mayhew, P. & Killias, M. (1991): Experiences of crime across the world. 2 Aufl. Kingston-upon-Thames: Kluwer.

Van Dongen, M. C.; van Rossum, E.; Kessels, A. G.; Sielhorst, H. J. & Knipschild, P.G. (2000): The efficacy of ginkgo for elderly people with dementia and age-associated memory impairment: new results of a randomized clinical trial. In: Journal of the American Geriatrics Society 48(10), S. 1183–1194.

Van Duijn, C. M. (1996): Epidemiology of the dementia: recent developments and new approaches. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 60, S. 478–488.

Van Haitsma, K.; Lawton, M. P. & Kleban, M. H. (1997): Methodological aspects of the study of steams of behavior in elders with dementing illness. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11, S. 228–238.

Van Someren, E. J.; Kessler, A.; Mirmiran, M. & Swaab, D. F. (1997): Indirect Bright Light Improves Circadian Rest-Activity Rythm Disturbances in Demented Patients. In: Biological Psychiatry 41, S. 955–963.

Vaupel, J. W. et al. (1998): Biodemographic Trajectories of Longevity. In: Science 280, S. 855–860.

Veenhoven, R. (1993): Happiness in Nations. Subjective Appreciation of Life in 56 Nations 1946–1992. Erasmus University of Rotterdam: RISBO (Studies in socio-cultural Transformation. No. 2).

Veenhoven, R. (1997): Lebenszufriedenheit der Bürger: Ein Indikator für die Lebbarkeit von Gesellschaften? In: H.-H. Noll (Hrsg.): Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen. Weinheim: Juventa, S. 267–293.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997): Rentenversicherung in Zeitreihen. Frankfurt a. M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994): The Disablement Process. In: Social Science and Medicine 38(1), S. 1–14.

Vercruyssen, M. J.; Graafmanns, J. A. M.; Fozard, J. L.; Bouma, H. & Rietsma, J. (1996): Gerontechnology. In: J. E. Birren (Hrsg.): Encyclopedia of gerontology. San Diego, New York, Boston, London: Academic Press, S. 593–603.

Verderber, S. (1991): Elderly Person's Appraisal of Animal in the Residential Environment. In: Anthrozooes 4, S. 164–173.

Verhey, F. R. J.; Rozendaal, N.; Ponds, R. W. H. M. & Jolles, J. (1993): Dementia, awarness and depression. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 851–856.

Vetter, P.; Steiner, O.; Kraus, S. & Kropp, P. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10, S. 175–183.

Vogelreuter, A. (2000): Arzneimittelverordnungen im Alter. Eine Analyse auf Basis von Krankenkassendaten. Berlin: Weißensee-Verlag.

Vokonas, P. S. & Kannel, W. B. (1998): Coronary Heart Disease in the Elderly: Epidemiological Aspects. In: E. G. Lakatta (Hrsg.): Vascular Disease in the Older Person. New York: Parthenon Publishing Group.

Volicer, L.; Camberg, L.; Hurley, A.; Ashley, J.; Woods, P.; Ooi, W. L. & McIntyre, K. (1999): Dimensions of Decreased Psychological Well-Being in Advanced Dementia. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 13 (4), S. 192–201.

Volicer, L.; Hurley, A. C. & Ellen, M. (1998): Behavioral Symptoms of Dementia. In: L. Volicer & A. C. Hurley (Hrsg.): Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia. New York: Springer, S. 68–87.

Wächtler, C. (1997): Die Gerontopsychiatrische Tagesklinik. Regensburg: S. Roderer.

Wagner, M. & Motel, A. (1998): Income Dynamics in Old Age in Germany. In: L. Leisering & R. Walker (Hrsg.): The Dynamics of Modern Society. Bristol: Policy Press, S. 125–142.

Wagner, M.; Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996): Soziale Beziehungen alter Menschen. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 301–319.

Wahl, H. W. (1998): Alltagskompetenz: Ein Konstrukt auf der Suche nach eine Identität. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(4), S. 243–249.

Wahl, H.-W. & Baltes, M. M. (1990): Die soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen? In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie XXII(4), S. 266–283.

Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1995): Überfürsorge contra Selbständigkeit. In: Altenpflege Forum 3 (1), S. 15–22 (Pflegemethoden).

Wahl, H.-W. & Rott, C. (2001): Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Heidelberg.

Waite, L. M.; Broe, G. A.; Grayson, D. A. & Creasy, H. (2000): Motor function and disability in the dementias. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 897–903.

Wallace, R. B. (1997): Cognitive change, medical illness, and crash risk among older drivers: an epidemiological considerations. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11, S. 31–37.

Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001): Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 1. Opladen: Leske+Budrich, S. 145–251.

Wand, E. (1986): Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Stuttgart: Kohlhammer.

Waring, S. C.; Rocca, W. A. & Petersen, R. C. (1999): Postmenopausal estrogen replacement therapy and risk of AD. A population-based study. In: Neurology 52, S. 965–970.

Waxman, H. M.; Astrom, S.; Norberg, A. & Winblad, B. (1988): Conflicting Attitudes Toward Euthanasia for Severely Demented Patients of Health Care Professionals in Sweden. In: Journal of the American Geriatrics Society 36 (5), S. 397–401.

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis. Ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses. In: Pflege (1), S. 49–58.

Weinstein, E. A.; Friedland, R. P. & Wagner, E. E. (1994): Denial/unawarness of impairment and symbolic behavior in Alzheimer's disease. In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 7, S. 176–184.

Weiss, H. & Kallischnigg, G. (1991): Ginkgo-Biloba-Extrakt (EGb761). In: Münchner Medizinische Wochenschrift 40, S. 138–142.

Weiss, R. (1973): Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge; MA: MIT Press.

Wells, T. J. (1992): Research on Incontinence: Implications for Practice. In: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): Key Aspects of Elder Care. New York: Springer, S. 233–236.

Welti, F. (2001a): Das neue SGB IX – Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 54 (31), S. 2210–2215.

Welti, F. (2001b): Grundrechte, Sozialrechte und Behandlungsanspruch pflegebedürftiger Menschen: Gesetzeslage und Wirklichkeit. Vortrag bei der Europäischen Fachtagung „Pflegebedürtigkeit – Herausforderungen für die Rehabilitation" am 3. Oktober 2001 in Düsseldorf. (unveröff. Ms.).

Welti, F. & Sulek, C. (2001): Die Ordnungsfunktion des SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe. In: G. Igl & F. Welti (Hrsg.): Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation. Wiesbaden: Chmielorz, S. 131–186.

Welti, F. & Sulek, C. (2002): Die Ordnungsfunktion des SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 49, S. 40–65.

Wenger, G. C.; Davies, R.; Shahtamasebi, S. & Scott, A. (1996): Social isolation and loneliness in old age. Review and model refinement. In: Ageing and Society 16 (3), S. 333–358.

Werner, A. & Anderson, L. E. (1998): Rural telepsychiatry is economically unsupportable: the concorde crashes in a cornfield. In: Psychiatric Services 49, S. 1287–1290.

Werner, P.; Cohen-Mansfield, J.; Fischer, J. & Segal, G. (2000): Characterization of family-generated videotapes for the management of verbally disruptive behaviors. In: Journal of Applied Gerontology 19 (1), S. 42–57.

Wetherell, J. L.; Gatz, M.; Johansson, B. & Pedersen, N. L. (1999): History of depression and other psychiatric illness as risk factors for Alzheimer Disease in a twin sample. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 13, S. 47–52.

Wetzels, P. & Greve, W. (1996): Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt. Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 (3), S. 191–200.

Wetzels, P.; Greve, W.; Mecklenburg, E. & Bilsky, W. (Hrsg.) (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 105. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Weyerer, S. (1990): Relationships Between Physical and Psychological Disorders in General Medical Settings. In: N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J.A. Costa e Silva, Y. Lecrubier & H.U. Wittchen (Hrsg.): Psychological Disorders in General Medical Settings. Toronto, Lewiston New York, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber, S. 43–46.

Weyerer, S. & Dilling, H. (1984): Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In: Nervenarzt 55, S. 30–42.

Weyerer, S. & Dilling, H. (1991): Psychiatric and Physical Illness, Sociodemographic Characteristics, and the Use of Psychotropic Drugs in the Community: Results from the Upper Bavarian Field Study. In: Journal of Clinical Epidemiology 44, S. 303–311.

Weyerer, S. & Häfner, H. (1992): Epidemiologie psychischer Störungen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 21, S. 106–120.

Weyerer, S.; Heeg, S. & Radzey, B. (2000a): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Weyerer, S.; Hönig, T.; Schäufele, M. & Zimber, A. (2000b): Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart, S. 1–58.

Weyerer, S.; Mann, A. H. & Ames, D. (1995): Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28, S. 169–178.

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Anton, R.; Teufel, S. & Sattel, H. (2001): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. Abschlussbericht an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.

Weyerer, S. & Zimber, A. (1997): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In: H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, S. 159–184.

WHO-Euro (1991): Entwicklung eines Curriculums „Generalist Nurse“. In: Krankenpflege (5), S. 289–294.

Wielink, G.; Huijsman, R. & Mc Donnell, J. (1997): Preferences for Care. In: Research on Aging 19, S. 174–198.

Wilcock, G.K. (2000): Cognitive improvement by memantine in a placebo-controlled trial in mild to moderate vascular dementia (the MMM 500 trial). 6th International Springfield Symposium on Alzheimer Therapy. Stockholm 5. bis 8. April 2000.

Wilcock, G. K.; Lilienfeld, S. & Gaens, E. (2000): Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. Galantamine International-1 Study Group. In: British Medical Journal 321(7274), S. 145–1449.

Wild, M. & Strümpel, C. (Hrsg.) (1996): Wie sehen NutzerInnen die Gesundheits- und sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK).

Wilhelm-Gößling, C. (1998): Neuroleptika Verordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. In: Nervenarzt 69, S. 999–1006.

Wilson, D. S. (1997): Human groups as units of selection. In: Science 276, S. 1816–1817.

Wilson, M. G.; Michet, C. J.; Ilstrup, D. M. & Melton, L. J. (1990): Idiopathic Symptomatic Osteoarthritis of the Hip and Knee: A Population-Based Incidence Study. In: Mayo Clinic Proceedings 65, S. 1214–1221.

Wilz, G.; Schumacher, J.; Machold, C.; Gunzelmann, T. & Adler, C. (1998): Angehörigenberatung bei Demenz-Erfahrungen aus der Leipziger Studie. In: A. Kruse, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauß (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. 16 Aufl. Bd. 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 233–250.

Wimo, A. (1999): Pharmakoökonomische Aspekte der Alzheimer-Krankheit und ihre Behandlung. In: Alzheimer Insights 4(3), S. 3–6.

Wimo, A.; Asplund, K. & Mattsson, B. (1995): Patients with dementia in Group Linving: experiences 4 years after admission. In: International Psychogeriatrics 6, S. 21–29.

Wimo, A.; Wallin, J. O. & Lundgren, K. (1991): Group Living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6, S. 21–29.

Winblad, B. et al. (2001): A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. In: Neurology 57(3), S. 489–495.

Winblad, B. & Poritis, N. (1999): Memantine in Severe Dementia: Results of the 9M-Best Study (Benefit and Efficacy in Severely Demented Patients During Treatment with Memantine). In: International Journal fo Geriatric Psychiatry 14, S. 135–146.

Wind, A. W.; van Staveren, G.; Schellevis, F. G.; Jonker, C. & van Eijk, J. T. M. (1994): The validity of the judgement of general practitioners on dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 543–549.

Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 339–361.

Winter, H.-P.; Gennrich, R. & Haß, P. (2000): Hausgemeinschaften - Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. BMG-Modellprojekte. Bd. 8. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Wöhrl, H. G. (1988): Berufsgruppen in der Rehabilitation: Funktionen und Kooperationsmodelle. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York, S. 212–249.

Wojnar, J. (1997): Oft helfen keine Pillen. In der Behandlung Demenzkranker versprechen nichtmedikamentöse Therapien mitunter größere Erfolge. In: Altenpflege 22 (2), S. 44–47.

Wojnar, J. & Bruder, J. (1993): Suicidal tendencies among demented residents of nursing homes in Hamburg. In: K. Böhme, R. Freytag, C. Wächtler & H. Wedler (Hrsg.): Suicidal behavior. The state of art. Regensburg: S. Roderer Verlag, S. 268–273.

Wojnar, J. & Bruder, J. (1995): Schmerz und psychische Störungen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28, S. 369–373.

Wolter-Henseler, D. (1999): Benzodiazepine: Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 12, S. 115-128.

Wolter-Henseler, D. (2000): Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33(6), S. 471–479.

Woods, P. & Ashley, J. (1995): Simulated presence therapy. In: Geriatric Nursing 16(1), S. 9–14.

Woof, W. R. & Carter, Y. H. (1997): The Grieving Adult and the General Practitioner: A Literature Review in Two Parts (Part 1). In: British Journal of General Practice 47, S. 443–448.

World Health Organization (1977): The Selection of Essential Drugs: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 615.

World Health Organization (WHO) (1999): International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 Draft, Full Version July 1999. www.who.int/icidh.(www.who.-int/icidh).

Wu, Z.; Kinslow, C.; Pettigrew, K. D.; Rapoport, S. I. & Schapiro, M. B. (1998): Role of familial factors in late-onset Alzheimer disease as a function of age. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 12, S. 190–197.

Xuereb, J. H. et al. (2000): Neuropathological findings in the very old. Results from the first 101 brains of a population-based longitudinal study of dementing disorders. In: Annals of New York Academy of Sciences 903, S. 490–496.

Yates, P.; Dewar, A. & Fentiman, B. (1998): Schmerz: die Sichtweisen älterer Menschen im Altenheim. In: R. Schröck & E. Drerup (Hrsg.): Schmerz. Perspektive der Pflegeforschung. Freiburg: Lambertus, S. 54–69.

Yoshitake, T.; Kiyohara, Y. & Kato, I. (1995): Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population. The Hisayama study. In: Neurology 45, S. 1161–1168.

Young, F. W. & Glasgow, N. (1998): Voluntary Social Participation and Health. In: Research on Aging 20, S. 339–362.

Zacher, H. F. (1994): Sozialrecht. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, New York: de Gruyter, S. 305–329.

Zacher, H. F. (2001): Der soziale Rechtsstaat in der Verantwortung für Menschen mit Behinderungen. In: G. Igl & F. Welti (Hrsg.): Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation. Wiesbaden: Chmielorz, S. 1–23.

Zank, S. & Schacke, C. (Hrsg.) (2001): Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörige. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Zapf, W. (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt a. M.: Campus, S. 13–26.

Zegelin, A. (1997): Skalen zur Ermittlung des Dekubitusrisikos. In: C. Bienstein, G. Schröder, M. Braun & K.-D. Neander (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart: Thieme, S. 81–91.

Zeman, P. (1998): Vernetzung von Lebenswelt und Profession in der Pflege. In: R. Schmidt & A. Thiele (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: transfer, S. 111–120.

Zeman, P. (2000): Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg: transfer.

Zenz, G. (2000): Autonomie und Familie im Alter – (k)ein Thema für die Familienrechtswissenschaft? In: D. Simon & M. Weiss (Hrsg.): Zur Autonomie des Individuums. Liber Amicorum Spiros Simitis. Baden-Baden: Nomos, S. 483–508.

Zglinicki, T. v. (2000): Research on aging in Germany. In: Experimental Gerontology 35, S. 259–270.

Zimber, A.; Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In: A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 185–199.

Zimber, A.; Schäufele, M. & Weyerer, S. (1998): Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. In: Das Gesundheitswesen 60, S. 239–246.

Zink, J.; Zenz, M.; Mohrmann, M. & Schwoerer, P. (2000): Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste (Baden-Württemberg). In: Das Gesundheitswesen 62, S. 329–334.

Zirm, B.; Steinwachs, K. C.; Pracher, G.; Zirm, A. & Zimmermann-Meinzingen, S. (1994): Efffects of Nimodipine and Piracetam on the Speed of Cognitive Performance and Clinical Symptoms in Patients with Mulit-Infarct or Primary Degenerative Dementia – Results of a Randomized Clinical Trial. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 7, S. 157–168.

Zopfy, I. (2000): Warum brauchen wir die generalistische Ausbildung für die Pflege? In: Pflege Aktuell 54 (5), S. 2.

Druck: MuK. Medien- und Kommunikations GmbH, Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28 / 3 82 08 40, Telefax: 02 28 / 3 82 08 44
ISSN 0722-8333